

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Abril 2020

En esta edición

MLN Connects – Edición Especial – Martes, 31 de marzo de 2020	14
Activación de modificaciones de validación sistemática para proveedores del OPSS con múltiples ubicaciones de servicio.....	29



Entrega inmediata de \$30 mil millones al sistema del cuidado de la salud

Reconociendo la importancia de entregar fondos de una manera rápida y transparente, \$30 mil millones serán distribuidos inmediatamente por medio de un programa administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos – con pagos que llegan por medio de depósito directo a partir del 10 de abril de 2020 – a los proveedores elegibles a través del sistema del cuidado de la salud estadounidense. Estos pagos no tienen relación con los

pagos acelerados y anticipados que usted haya solicitado de Medicare.

Los pagos automáticos vendrán del banco Optum Bank con “HHSPAYMENT” como descripción del pago.

Encuentre más información acerca de estos pagos (en inglés) en www.hhs.gov/provider-relief/index.html.

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Coronavirus

Entrega inmediata de \$30 mil millones al sistema del cuidado de la salud... 1

Inscripción de proveedores

Ayuda a inscripción de proveedores en respuesta al brote de COVID-19... 3

Recursos educativos

Calendario de eventos..... 4

MLN Connects – Edición Especial – lunes, 16 de marzo de 2020 5

MLN Connects – Edición Especial – martes, 17 de marzo de 2020 6

MLN Connects® para el jueves, 19 de marzo de 2020 7

MLN Connects – Edición Especial – viernes, 20 de marzo de 2020 8

MLN Connects – Edición Especial – lunes, 23 de marzo de 2020 9

MLN Connects® para el jueves, 26 de marzo de 2020 10

MLN Connects – Edición Especial – jueves, 26 de marzo de 2020..... 10

MLN Connects – Edición Especial – lunes, 30 de marzo de 202011

MLN Connects – Edición Especial – Martes, 31 de marzo de 2020 14

MLN Connects® para el jueves, 2 de abril de 2020 17

MLN Connects – Edición Especial – viernes, 3 de abril de 2020..... 18

MLN Connects – Edición Especial – Martes, 7 de abril de 2020 19

MLN Connects® para el jueves, 9 de abril de 2020 21

MLN Connects – Edición Especial – viernes, 10 de abril de 2020..... 21

MLN Connects – Edición Especial – miércoles, 15 de abril de 2020..... 23

MLN Connects® para el jueves, 16 de abril de 2020 23

MLN Connects – Edición Especial – viernes, 17 de abril de 2020..... 24

Determinaciones de cobertura local de la Parte A y Parte B 25

Revisión a LCDs/Artículos existentes

Pegfilgrastim – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B..... 26

Ecocardiografía transtorácica (TTE) – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B 26

Procedimientos de patología molecular – revisión al Artículo de Facturación y Codificación de la Parte A y la Parte B 26

Revisión al artículo de facturación y codificación A56484 de la Parte A y la Parte B 27

Pruebas de alergia – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B..... 27

LCDs/Artículos retirados

Manipulación bajo anestesia – LCD de la Parte A y la Parte B y artículo de facturación y codificación retirados 28

Múltiples LCDs de la Parte A y la Parte B y artículos de facturación y codificación están siendo retirados... 28

Levantamiento uretral prostático (PUL) – LCD de la Parte A y la Parte B y artículo de facturación y codificación retirados 28

Parte A

Sistema de pago prospectivo

Activación de modificaciones de validación sistemática para proveedores del OPPS con múltiples ubicaciones de servicio... 29

Contactos de la Parte A 30

Parte B

Determinaciones de cobertura local de la Parte B 31

LCD/Artículo retirado

Múltiples LCDs de la Parte B y artículos de facturación y codificación están siendo retirados 32

LCD revisada

Bloques de articulación de la faceta paravertebral – revisión a la LCD de la Parte B 32

Información de contacto Puerto Rico

..... 33

Información de contacto Florida..... 34

Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos... 35

Medicare A y B Al Día

Medicare A y B Al Día es publicado mensualmente por First Coast Service Options Inc. la división de asistencia y educación al proveedor, para informar a los proveedores de Medicare.

Las preguntas concernientes a esta publicación o su contenido pueden ser enviadas por fax a:

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT® five-digit codes, descriptions, and other data only are copyright© 2018 by American Medical Association (or such other date of publication of CPT®). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT®. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-10-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2017 Optum 360, LLC. All rights reserved.

Third-party websites:
This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. First Coast does not control such sites, and is not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.

All stock photographs are used by permission from www.shutterstock.com.

Inscripción de proveedores

Ayuda a inscripción de proveedores en respuesta al brote de COVID-19

Línea de ayuda

First Coast Service Options (First Coast) ha establecido una línea de ayuda en el **1-855-247-8428** para ayudar a proveedores del cuidado de la salud en Florida, Puerto Rico, e Islas Vírgenes de los Estados Unidos que han sido afectados por el brote de COVID-19. Los representantes de la línea de ayuda están disponibles de **8:30 a.m.- 4 p.m. ET** para ayudarle a usted con iniciar privilegios temporales de facturación de Medicare y abordar cualquier pregunta que pueda tener sobre las flexibilidades de inscripción de proveedores que ofrecen las exenciones por COVID-19. Esto es parte de los esfuerzos continuos de la agencia para proveer ayuda inmediata a nuestros proveedores y beneficiarios afectados.

Si llama para iniciar privilegios de facturación temporales, recibirá la decisión de aprobación o rechazo durante la llamada, seguida de una carta de decisión. Asegúrese de tener toda la información necesaria disponible al momento de la llamada.

Miembro de grupo

- Número de seguro social (SSN)
- Nombre/Apellido/Inicial del medio
- Fecha de nacimiento (DOB)
- Identificador del proveedor nacional Tipo 1 (NPI)
- Estado donde usted está físicamente ubicado y proveyendo servicios
- Especialidad
- Escuela de medicina y fecha de graduación
- Información de licencia del estado
- Dirección postal
- Número de acceso de transacciones del proveedor (PTAN) donde el proveedor estará reasignando beneficios o:
- Nombre comercial legal de la organización
- Número de identificación (ID) de impuestos de la organización
- NPI de la organización

Asistente médico (PA)

- SSN
- Nombre/Apellido/Inicial del medio
- Fecha de nacimiento (DOB)
- NPI de Tipo 1
- Estado donde usted está físicamente ubicado y proveyendo servicios
- Escuela de medicina y fecha de graduación
- Información de licencia del estado
- Dirección postal
- Organización del PTAN donde el PA estará estableciendo empleo o:
- Nombre comercial legal de la organización
- Número de identificación (ID) de impuestos de la organización

- NPI de la organización

Propietario único

- SSN
- Nombre/Apellido/Inicial del medio
- Fecha de nacimiento (DOB)
- NPI de Tipo 1
- Estado donde usted está físicamente ubicado y proveyendo servicios
- Especialidad
- Escuela de medicina y fecha de graduación
- Información de licencia del estado
- Dirección postal
- Ubicación de la práctica y dirección de pagos especiales
- Información de transferencia electrónica del fondo (EFT)

Organización

- Número de ID de impuestos
- Nombre legal del negocio
- NPI de tipo 2
- Estado donde usted está físicamente ubicado y proveyendo servicios
- Dirección postal
- Ubicación de la práctica y dirección de pagos especiales
- Dueño y empleado gerente
- Información de EFT

Exenciones adicionales

Por un período de 90 días, First Coast ha implementado alivio de inscripción de proveedores para proveedores en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Durante este período:

- Absténgase de enviar por correo las cartas de revalidación, incluidas las cartas de revalidación posteriores (por ejemplo, cartas de retención de pago y de desactivación debido a la falta de respuesta a la revalidación o al desarrollo de la revalidación).
- Absténgase de colocar proveedores/suplidores en espera de pago y desactivar proveedores/suplidores que no respondan a una solicitud de revalidación.
- Continúe ordenando visitas al sitio; sin embargo, el contratista nacional de visitas al sitio continuará realizando visitas de observación o solo pasará por el sitio de las visitas.
- Siga exigiendo que todos los cambios, temporales o de otro tipo, se envíen a través de la aplicación CMS-855 correspondiente.

First Coast comunicará cualquier cambio a las provisiones y exenciones actualmente en pie así que manténgase sintonizado a los [eNews](#).

Para ayuda adicional, visite nuestra página dedicada al [coronavirus](#).

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

Recursos educativos

Calendario de eventos

Mayo de 2020

Evaluación y manejo (E/M): Servicios de hospital - ¿Está usted codificando correctamente?

Quando:	14 de mayo de 2020	
Hora:	5:00 p.m. - 6:30 p.m. ET	Idioma en que se ofrece el evento: español
Tipo:	Webcast	Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

Visite nuestra lista completa de próximos eventos

Nota: A menos que se indique lo contrario, los tiempos designados para eventos educativos están indicados como tiempo del este (ET) y la prioridad de estos eventos se encuentra en la Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Dos formas fáciles de inscribirse

Por internet - visite nuestro sitio web de cursos al proveedor *First Coast University* Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo “My Courses” a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** Es necesario abrir una cuenta completando por internet el *Formulario de solicitud de cuenta del usuario* (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar “9999” en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

Fax – los proveedores sin acceso a internet pueden solicitar un formulario de inscripción a través de nuestra línea directa de inscripción al 1-904-361-0407. Los materiales de la clase les serán enviados por fax el día del evento.

Nota:

- Preinscripción es requerida para todas las teleconferencias, webcasts y seminarios educativos en persona
- Las fechas y horas están sujetas a cambio antes de abrir la inscripción del evento

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestra [página web](#) para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.).



MLN Connects – Edición Especial – lunes, 16 de marzo de 2020

COVID-19: Directrices de visitas a asilos de ancianos y respuesta del FFS

Respuesta del FFS de Medicare al COVID-19

El Secretario del HHS declare una emergencia pública, la cual permite exenciones programáticas en base a la Sección 1135 de la Ley de Seguro Social. Un artículo de edición especial de MLN Matters SE20011 sobre la [Respuesta de tarifa por servicio de Medicare \(FFS\) a la emergencia de salud pública por el coronavirus](#) (en inglés) está disponible. Conozca acerca de exenciones generales emitidas por CMS. Estas exenciones previenen brechas en el acceso al cuidado a beneficiarios afectados por la emergencia.

Vea la [conferencia de prensa](#) (en inglés) que resume nuestro anuncio.

COVID -19: Directrices de visitas a asilos de ancianos

El 13 de marzo, como parte del anuncio más amplio de la administración de Trump, CMS anunció nuevas medidas críticas diseñadas para mantener a los residentes de hogares de ancianos en América a salvo del Novel Coronavirus (COVID-19) de 2019. Las medidas toman la forma de un memorando (en inglés) y está basado en las [recomendaciones más recientes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\)](#). Este dirige a los hogares de ancianos a restringir significativamente las visitas y al personal no esencial, así como a restringir las actividades comunitarias dentro de los hogares de ancianos. Las nuevas medidas son la última acción de CMS para proteger a los adultos mayores de América, que corren el mayor riesgo de complicaciones por COVID-19. Si bien las restricciones de visitantes pueden ser difíciles para los residentes y las familias, es una medida temporal importante para su protección.



Para más información (en inglés):

- [Comunicado de prensa](#)
- [Memorando de directrices de Hogares de Ancianos QSO-20-14 –NH](#)

Esta guía, y las acciones anteriores de CMS en respuesta al virus COVID-19, son parte de los esfuerzos en curso del task Force de la Casa Blanca. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Task Force está haciendo en respuesta a COVID-19, visite la [página web coronavirus.gov](#).

Para información específica de CMS, visite la página web de [Emergencias Actuales](#).

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

Medicare Learning Network®

El Medicare Learning Network® (MLN) es el lugar para la educación, información y los recursos para la comunidad de profesionales del cuidado de la salud. El MLN proporciona acceso a la información del programa de CMS que usted necesita, cuando usted lo necesita, de tal forma que usted puede enfocarse más en proveer atención a sus pacientes. Encuentre lo que MLN tiene para ofrecerle a usted y a su personal en [aquí](#).



MLN Connects – Edición Especial – martes, 17 de marzo de 2020

El Presidente Trump expande beneficios de telesalud para beneficiarios de Medicare durante el brote de COVID-19

CMS ofrece nuevas flexibilidades disponibles para personas con Medicare

La Administración de Trump anunció hoy una mayor cobertura de telesalud de Medicare que permitirá a los beneficiarios recibir una gama más amplia de servicios de atención médica de sus médicos sin tener que viajar a un centro de cuidado médico. A partir del 6 de marzo de 2020, Medicare, administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), pagará temporalmente a los médicos para proporcionar servicios de telesalud a los beneficiarios que residen en todo el país.

“La Administración de Trump está tomando medidas rápidas y audaces para brindar a los pacientes un mayor acceso al cuidado a través de la telesalud durante el brote de COVID-19”, dijo la administradora Seema Verma. “Estos cambios permiten a las personas mayores comunicarse con sus médicos sin tener que viajar a un centro de salud para que puedan limitar el riesgo de exposición y propagación de este virus. Los médicos en primera línea ahora tendrán una mayor flexibilidad para tratar de manera segura a nuestros beneficiarios.”

El 13 de marzo de 2020, el presidente Trump anunció una declaración de emergencia bajo la Ley Stafford y la Ley Nacional de Emergencias. De conformidad con la declaración de emergencia del presidente Trump, CMS está ampliando los beneficios de telesalud de Medicare bajo la autoridad de exención 1135 y la Ley de Asignaciones Suplementarias de Preparación y Respuesta de Coronavirus. Esta directriz y otras acciones recientes de CMS brindan flexibilidad regulatoria para garantizar que todos los estadounidenses, en particular las personas de alto riesgo, conozcan los beneficios accesibles y fáciles de usar que pueden ayudarlos a mantenerse saludables mientras ayudan a contener la propagación de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19).

Previo a este anuncio, a Medicare solo se le permitía pagar a los médicos por servicios de telesalud, tales como visitas de rutina en ciertas circunstancias. Por ejemplo, el beneficiario que recibe los servicios debe vivir en un área rural y viajar a un centro médico local para obtener servicios de telesalud de un médico en una ubicación remota. Además, al beneficiario generalmente no se le permitiría recibir servicios de telesalud en su hogar.

La Administración de Trump previamente expandió los beneficios de telesalud. En los últimos dos años, Medicare expandió la capacidad de los médicos de tener breves registros con sus pacientes a través de teléfono, video chat y portales de pacientes en línea, denominados “registros virtuales”. Estos servicios ya están disponibles para los beneficiarios y sus médicos, proporcionando una gran flexibilidad y una manera fácil para que los pacientes preocupados por la enfermedad permanezcan en sus

hogares evitando la exposición a los demás.

Una gama de proveedores de atención médica, como médicos, enfermeras practicantes, psicólogos clínicos y trabajadores sociales clínicos con licencia, podrán ofrecer telesalud a los beneficiarios de Medicare. Los beneficiarios podrán recibir servicios de telesalud en cualquier centro de salud, incluido el consultorio de un médico, hospital, hogar de ancianos o clínica de salud rural, así como desde sus hogares.

Los beneficiarios de Medicare podrán recibir diversos servicios a través de telesalud, incluidas visitas comunes al consultorio, asesoramiento sobre salud mental y exámenes preventivos de salud. Esto ayudará a garantizar que los beneficiarios de Medicare, que corren un mayor riesgo de COVID-19, puedan visitar a su médico desde su hogar, sin tener que ir al consultorio de un médico u hospital que los pone a sí mismos o a otros en riesgo. Este cambio amplía la flexibilidad de la telesalud sin tener en cuenta el diagnóstico del beneficiario, porque en este punto crítico es importante asegurarse de que los beneficiarios estén siguiendo la guía de los CDC, incluida la práctica del distanciamiento social para reducir el riesgo de transmisión de COVID-19. Este cambio ayudará a evitar que los beneficiarios vulnerables entren innecesariamente a un centro de salud cuando sus necesidades puedan ser cubiertas de manera remota.

El anuncio del presidente Trump llega en un momento crítico, ya que estas flexibilidades ayudarán a las instituciones de cuidado médico de todo el país a ofrecer algunos servicios médicos a los pacientes de manera remota, de modo que las instalaciones de atención médica como los departamentos de emergencia y los consultorios médicos estén disponibles para atender los casos más urgentes y reducir el riesgo de infecciones adicionales. Por ejemplo, un beneficiario de Medicare puede visitar a un médico para controlar su diabetes o reabastecer una receta usando telesalud sin tener que viajar al consultorio del médico. Como resultado, el consultorio del médico está disponible para tratar a más personas que necesitan ser atendidas en persona y mitiga la propagación del virus.

Como parte de este anuncio, los pacientes ahora podrán acceder a sus médicos utilizando una gama más amplia de herramientas de comunicación, incluyendo teléfonos que tengan capacidades de audio y video, lo que facilita la conexión de los beneficiarios y los médicos.

Los médicos pueden facturar de inmediato por las fechas de servicio comenzando el 6 de marzo de 2020. Los servicios de telesalud se pagan según el Programa de tarifas para médicos por la misma cantidad que los servicios en persona. El coaseguro y el deducible de Medicare aún se aplican a estos servicios. Además, la Oficina del Inspector General (OIG) del HHS ofrece flexibilidad para que los proveedores de atención médica reduzcan u obvien a los costos compartidos de las visitas de telesalud pagadas por los programas federales de atención médica.

Medicaid ya brinda una gran flexibilidad a los estados

Ver **MLN Especial**, en la página 7

MLN Connects® para el jueves, 19 de marzo de 2020

MLN Connects® para el 19 de marzo de 2020

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- Programa de Pago de Calidad: Estado Basado en Centros de 2020
- Reemplazo de la Articulación de la Extremidad Inferior: Informe de Facturación Comparativa en marzo
- Reportes Preliminares del Proveedor de IRF: Revise Sus Datos para el 13 de abril
- Reportes Preliminares del Proveedor de LTCH: Revise Sus Datos para el 13 de abril
- Reportes Preliminares del Proveedor de Hospicio: Revise Sus Datos para el 13 de abril
- Actualización de Comparación de IRF
- Actualización de Comparación de LTCH
- Especificaciones de Presentación de Datos de LTCH CARE
- Reporte de Calidad de Hospital: Archivo de Muestra y Esquema de QRDA I 2020 Actualizado
- Actividad contra la Influenza Continúa: ¿Están Protegidos Sus Pacientes?

Cumplimiento

- Video de Minuto del Proveedor: La Importancia de Documentación Adecuada

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Reclamaciones de SNF Incorrectamente Canceladas

Eventos

- Organizaciones de Ambulancia Terrestre: Llamada de

Recopilación de Datos para Proveedores de Medicare — 2 de abril

- Llamada del Reglamento Final de Interoperabilidad y Acceso del Paciente — 7 de abril

Artículos de MLN Matters®

- Asegure Información de Evaluación de Pacientes Requerida para Reclamaciones de Salud en el Hogar
- Códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Sujetos a y Excluidos de Modificaciones de Enmiendas de Mejoras de Laboratorio Clínico (CLIA)
- Respuesta del FFS de Medicare a la Emergencia de Salud Pública por el Coronavirus (COVID-19) — Revisado

Publicaciones

- Simplificación Administrativa: Conceptos Básicos de Conjunto de Códigos
- Proceso de Apelaciones de las Partes A y B de Medicare — Revisado
- Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico — Revisado

Multimedia

- Llamada de Demostración de Apelaciones de la Parte A: Grabación de Audio y Transcripción
- Capacitación Basada en la Web de Introducción al Programa de Reporte de Calidad de IRF
- Capacitación Basada en la Web de Introducción al Programa de Reporte de Calidad de SNF

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Especial

De la página 6

que desean utilizar los servicios de telesalud en sus programas. Los estados pueden cubrir la telesalud utilizando diversos métodos de comunicación, como la tecnología telefónica y de video comúnmente disponible en teléfonos inteligentes y otros dispositivos. No se necesita aprobación federal para que los programas estatales de Medicaid reembolsen a los proveedores por servicios de telesalud de la misma manera o al mismo precio que los estados pagan por los servicios cara a cara.

Esta directriz sigue el llamado del presidente Trump para que todas las compañías de seguros expandan y aclaren sus políticas en torno a la telesalud.

Para leer la hoja informativa acerca de este anuncio visite (en inglés): <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-telemedicine-health-care-provider-fact-sheet>

Para leer las preguntas frecuentes de este anuncio visite (en inglés): <https://www.cms.gov/files/document/medicare-telehealth-frequently-asked-questions-faqs-31720.pdf>

Esta directriz, y acciones previas de CMS en respuesta al virus COVID-19, son parte de los esfuerzos continuos del Task Force de la Casablanca. Para mantenerse al día con el trabajo importante que el Task Force está haciendo en respuesta al COVID-19 haga clic aquí (en inglés): <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.

Para información específica de CMS, por favor visite la [página web de Emergencias Actuales](#).

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

MLN Connects – Edición Especial – viernes, 20 de marzo de 2020

COVID-19: Telesalud y procedimientos no esenciales

CMS emite kits de herramientas de telesalud para médicos generales y proveedores de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

El 18 de marzo, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron dos kits de herramientas integrales sobre telesalud que son específicos para médicos generales y proveedores que tratan a pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

Bajo el liderazgo del presidente Trump para responder a la necesidad de limitar la propagación de COVID-19, CMS ha ampliado el acceso a los servicios de telesalud de Medicare para que los beneficiarios puedan recibir una gama más amplia de servicios de sus médicos sin tener que viajar a un centro de salud. CMS está ampliando este beneficio de manera temporal y de emergencia bajo la autoridad de la exención

1135 y la Ley de Asignaciones Suplementarias de Preparación y Respuesta de Coronavirus.

Bajo esta nueva exención, Medicare puede pagar las visitas al consultorio, al hospital y otras visitas proporcionadas a través de telesalud en todo el país e incluso en los lugares de residencia del paciente comenzando el 6 de marzo de 2020. Una variedad de proveedores, como médicos, enfermeras practicantes, psicólogos clínicos, y trabajadores sociales clínicos con licencia, podrán ofrecer telesalud a sus pacientes.

Estos beneficios son parte del esfuerzo más amplio de CMS y el Task Force de la Casa Blanca para garantizar que todos los estadounidenses, particularmente aquellos con alto riesgo de complicaciones por el virus que causa la enfermedad COVID-19 sean conscientes de que son accesibles y fáciles de usar, beneficios que pueden ayudar a mantenerlos saludables mientras ayudan a contener la propagación comunitaria de este virus

Cada kit de herramientas contiene enlaces electrónicos a fuentes confiables de información sobre telesalud y telemedicina, lo que reducirá la cantidad de tiempo que los proveedores pasan buscando respuestas y aumenta su tiempo con los pacientes. Muchos de estos enlaces ayudarán a los proveedores a conocer el concepto general de telesalud, elegir proveedores de telemedicina, iniciar un programa de telemedicina, monitorear a los pacientes de forma remota y desarrollar herramientas de documentación. Además, la información contenida en cada conjunto de herramientas también describirá los servicios virtuales temporales que podrían utilizarse para tratar a los pacientes durante este período específico de tiempo.

Usted puede encontrar el kit de herramientas para

proveedores de Enfermedad renal en estado terminal aquí (en inglés): <https://www.cms.gov/files/document/esrd-provider-telehealth-telemedicine-toolkit.pdf>

CMS continúa monitoreando la situación en desarrollo de COVID-19 y evalúa las opciones para brindar alivio a los médicos. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Task Force está haciendo en respuesta a COVID-19, visite la [página web de coronavirus.gov](https://www.cms.gov/coronavirus). Para obtener información completa y actualizada específica de CMS, por favor visite la [página web de emergencias actuales](https://www.cms.gov/emergency) (en inglés).

Respuesta del FFS de Medicare FFS a la emergencia de salud pública del Coronavirus (COVID-19) — Revisado

El artículo de edición especial MLN Matters SE20011 acerca de la respuesta de [pago por servicio de Medicare \(FFS\) a la emergencia de salud pública del coronavirus \(COVID-19\) \(PDF\)](https://www.cms.gov/medicare/ffs) (en inglés) fue actualizado para cubrir el uso de modificadores en reclamaciones de telesalud y

para explicar que el código de condición DR no es necesario en reclamaciones de telesalud bajo la exención.

COVID-19: Recomendaciones de procedimientos no esenciales y cirugías electivas

El 18 de marzo, en la conferencia de prensa del Task Force de la Casa Blanca, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron que todas las cirugías electivas, procedimientos médicos no

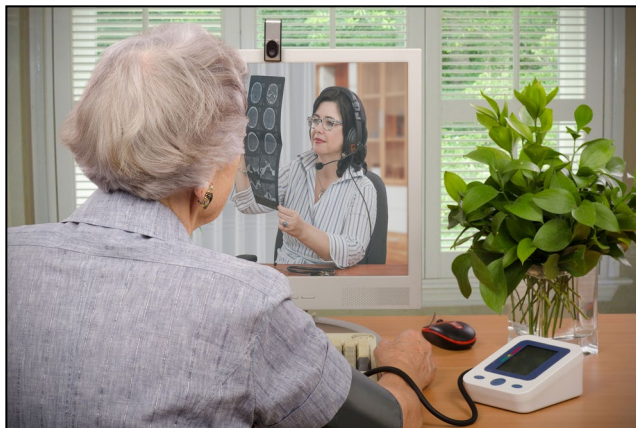
esenciales, quirúrgicos y dentales serán pospuestos durante el brote del Coronavirus Novel de 2019 (COVID-19).

Usted puede encontrar una copia de la conferencia de prensa (en inglés) aquí: <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-releases-recommendations-adult-elective-surgeries-non-essential-medical-surgical-and-dental>

Usted puede encontrar una copia de las directrices (en inglés) aquí: <https://www.cms.gov/files/document/31820-cms-adult-elective-surgery-and-procedures-recommendations.pdf>

Estas recomendaciones, y las directrices y acciones anteriores de la CMS en respuesta al virus COVID-19, son parte de los esfuerzos en curso del Task Force de la Casa Blanca. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Task Force está haciendo en respuesta al COVID-19, visite la página web (en inglés) [coronavirus.gov](https://www.cms.gov/coronavirus) para obtener más información. Para obtener una lista completa y actualizada de las acciones de CMS, y otra información específica para CMS, visite la página web (en inglés) de Emergencias Actuales.

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.



MLN Connects – Edición Especial – lunes, 23 de marzo de 2020

COVID-19: Alivio para los programas de reportes de calidad y de inscripción de proveedores

Alivio para médicos, proveedores, hospitales y centros participando en programas de reporte de calidad en respuesta al COVID-19

El 22 de marzo, CMS anunció que está otorgando excepciones a los requisitos de reportes y extensiones para los médicos y proveedores que participan en los programas de reportes de calidad de Medicare con respecto a los próximos reportes de medidas y envío de datos para esos programas. La acción se produce como parte de la respuesta de la Administración Trump al nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19).

CMS está implementando excepciones y extensiones adicionales de política de circunstancias extremas e incontrolables para los próximos plazos de presentación de reportes y datos de medidas para varios programas de CMS. Para aquellos programas con fechas límites de envío de datos en abril y mayo de 2020, el envío de esos datos será opcional, en función de la elección del centro para reportar.

CMS reconoce que la recopilación de datos de medidas de calidad y la presentación de reportes para los servicios prestados durante este período de tiempo pueden no reflejar su verdadero nivel de rendimiento en medidas como el costo, los reintegros y la experiencia del paciente durante este momento de emergencia y busca mantener a las organizaciones sin culpa por no enviar datos durante este período.

Usted puede encontrar una copia del comunicado de prensa aquí (en inglés): <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-relief-clinicians-providers-hospitals-and-facilities-participating-quality-reporting>

CMS continuará monitoreando la situación del desarrollo del COVID-19 y evaluará las opciones para proveer alivio adicional a los médicos, los centros y su personal para que puedan concentrarse en el cuidado de los pacientes.

Esta acción, y otras acciones anteriores de CMS en respuesta al COVID-19 son parte de los esfuerzos continuos del Task Force de la Casa Blanca. Para mantenerse al tanto con el trabajo importante que el Task Force está llevando a cabo en respuesta al COVID-19, por favor visite [la página web coronavirus.gov](https://www.cms.gov/coronavirus) (en inglés). Para una lista completa y actualizada de las acciones de CMS, y otra información específica a CMS, por favor visite la [Página web de emergencias actuales](https://www.cms.gov/emergency) (en inglés) en CMS.Gov.



Preguntas frecuentes (FAQs) de alivio de inscripción del proveedor por COVID-19

El 22 de marzo, CMS emitió las preguntas frecuentes del alivio de la inscripción de proveedores de Medicare relacionadas con COVID-19, incluidas las líneas directas gratuitas disponibles para proporcionar una inscripción acelerada y responder preguntas relacionadas con los requisitos de inscripción de COVID-19.

Una copia de las preguntas frecuentes puede encontrarse aquí (en inglés): <https://www.cms.gov/files/document/provider-enrollment-relief-faqs-covid-19.pdf>

Estas herramientas, y las acciones anteriores de CMS en respuesta a la emergencia por COVID-19, son parte de los esfuerzos en curso del Task Force del Coronavirus de la Casa Blanca. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Task Force está haciendo en respuesta a COVID-19, visite (en inglés) [la página web coronavirus.gov](https://www.cms.gov/coronavirus). Para una lista completa y actualizada de las acciones de CMS, directrices, y otra información en respuesta al COVID-19, por favor visite (en inglés) la [página web de emergencias actuales](https://www.cms.gov/emergency).

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

MLN Connects® para el jueves, 26 de marzo de 2020

MLN Connects® para el 26 de marzo de 2020

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- CMS Anuncia Hallazgos en el Asilo de Ancianos de Kirkland y Nuevo Plan Enfocado para Inspecciones de Centros de Cuidado de la Salud a la luz del COVID-19
- Programa de Reporte de Calidad de SNF: Emisión Retrasada de MDS 3.0 v1.18.1
- Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar: Borrador de Instrumento OASIS-E
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Reclamaciones Válidas

Artículos de MLN Matters®

- El Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)/Datos del Beneficiario de Medicare para el Año Fiscal 218 para Hospitales de Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Internos (IPPS), Centros de Rehabilitación para Pacientes Internos (IRFs), y Hospitales de Cuidado a Largo Plazo (LTCHs)

- Actualización de abril de 2020 del Sistema de Pago para Centro de Cirugía Ambulatorio (ASC)
- Precio de Venta Promedio (ASP) de abril de 2020 de los Archivos de Precios de Medicamentos de la Parte B de Medicare y Revisiones a Archivos de Precios Trimestrales Anteriores
- Actualización Trimestral de abril de 2020 a la Tarifa Fija para Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortóticos, y Provisiones Médicas (DMEPOS)
- Nuevo Identificador del Beneficiario de Medicare (MBI) Obténgalo, Úselo — Revisado
- Adición de Fechas de Servicio (DOS) de los Códigos (90670, 90732) del Health Care Procedure Code System (HCPCS) para la Vacuna contra la Neumonía Neumocócica (PPV), y Eliminación de Próximas Fechas Elegibles del HCPCS para PPV — Revisado

Multimedia

- Llamada del Sistema de Recopilación de Datos de Ambulancia Terrestre: Grabación de Audio y Transcripción

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects – Edición Especial – jueves, 26 de marzo de 2020

COVID-19: Alivio de inscripción, pagos abiertos, notificaciones a beneficiarios

- [Coronavirus novel-2019 \(COVID-19\) Preguntas frecuentes \(FAQs\) de alivio para inscripción de proveedores de Medicare](#)
- [Preguntas frecuentes \(FAQs\) acerca de reforzar fechas límites de pagos abiertos](#)
- [Directriz de entrega de notificación al beneficiario a la luz del COVID-19](#)

Coronavirus novel-2019 (COVID-19) Preguntas frecuentes (FAQs) de alivio para inscripción de proveedores de Medicare

CMS publicó preguntas frecuente acerca del alivio de la inscripción de proveedores de Medicare relacionados con COVID-19, incluidas las líneas directas gratuitas disponibles para los Contratistas Administrativos de Medicare (MAC). CMS ha establecido líneas directas gratuitas en cada MAC para permitir que los médicos y los profesionales de la salud inicien los privilegios temporales de facturación de Medicare. Estas líneas directas proveen inscripción acelerada y responden a preguntas relacionadas con los requisitos de inscripción de COVID-19 (en inglés) [Preguntas frecuentes \(FAQs\)](#).

Preguntas frecuentes (FAQs) acerca de reforzar fechas límites de pagos abiertos

CMS emitió una lista completa actualizada de Preguntas frecuentes (FAQ) sobre el Programa de pagos abiertos. El martes 31 de marzo de 2020 es la fecha límite para el envío de datos del Programa de pagos abiertos del año 2019 para que los fabricantes y las organizaciones de compras grupales (GPOs) correspondientes presenten y certifiquen los datos para la publicación de junio de 2020 de los datos del año 2019 del Programa. El plazo no puede extenderse después del 31 de marzo de 2020; por lo tanto, CMS ejercerá discreción de cumplimiento para las presentaciones completadas después de la fecha límite legal debido a circunstancias fuera del control de la entidad informante relacionadas con la pandemia (en inglés) [Preguntas frecuentes \(FAQs\)](#).

Directriz de entrega de notificación al beneficiario a la luz del COVID-19

Si usted está tratando a un paciente sospechoso o confirmado con COVID-19, CMS alienta a la comunidad de proveedores a ser diligentes y seguros al emitir las siguientes notificaciones de beneficiarios a los beneficiarios que reciben cuidado institucional:

- Mensaje importante de Medicare (IM)_CMS-10065
- Notificaciones detalladas de alta (DND)_CMS-10066

Ver **MLN 26 de Marzo**, en la página 13

MLN Connects – Edición Especial – lunes, 30 de marzo de 2020

COVID-19: Alivio Financiero, Telesalud en Hogares de Ancianos, Reportes de Calidad, Laboratorios Clínicos, Intercambio de Datos Hospitalarios

- [La Administración Trump Brinda Ayuda Financiera a los Proveedores de Medicare](#)
- [Kit de Herramientas de Telesalud y Telemedicina para Hogares de Ancianos de Atención a Largo Plazo](#)
- [Ayuda de COVID-19 del Programa de Pago de Calidad y Programa de Reportes de Calidad/Programa de Compras Basado en el Valor](#)
- [Guía de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico \(CLIA\) Durante la Emergencia del COVID-19](#)
- [La Administración Trump Involucra a los Hospitales de Estados Unidos en el Intercambio de Datos Sin Precedentes](#)

La Administración Trump Brinda Ayuda Financiera a los Proveedores de Medicare

Bajo el liderazgo del Presidente, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anuncian una expansión de su programa de pago acelerado y anticipado para los proveedores y suplidores de atención médica participantes de Medicare, para garantizar que tengan los recursos necesarios para combatir el Nuevo Coronavirus 2019 (COVID-19). Esta expansión del programa, que incluye cambios de la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica de Coronavirus (CARES) recientemente promulgada, es una de las formas en que CMS está trabajando para disminuir las dificultades financieras de los proveedores que enfrentan desafíos extraordinarios relacionados con la pandemia COVID-19 y garantiza que los proveedores de la nación puedan centrarse en la atención al paciente. Se ha producido una interrupción significativa en la industria de la atención médica, y se ha pedido a los proveedores que retrasen las cirugías y procedimientos no esenciales, otro personal de atención médica que no puede trabajar debido a las demandas de cuidado infantil y la interrupción de la facturación, entre los desafíos relacionados con la pandemia.

“Con los proveedores de atención médica de nuestra nación en primera línea en la lucha contra COVID-19, los dólares y centavos no deberían aumentar sus preocupaciones”, dijo la administradora de CMS, Seema Verma. “Desafortunadamente, las interrupciones importantes en el sistema de atención médica causadas por COVID-19 son una carga financiera significativa para los proveedores. La acción de hoy asegurará que tengan los recursos que necesitan para mantener su enfoque tan importante en la atención al paciente durante la pandemia”.

Medicare brinda cobertura a 37.4 millones de beneficiarios en su programa de Tarifa por Servicio (FFS), y realizó \$ 414.7 mil millones en pagos directos a proveedores durante el 2019. Este esfuerzo es parte del esfuerzo del Grupo de Trabajo de Coronavirus de la Casa Blanca de la Administración Trump para combatir la propagación de

COVID-19 a través de un enfoque de toda América, con un enfoque en el fortalecimiento y el aprovechamiento de las relaciones público-privadas.

Los pagos acelerados y anticipados de Medicare proporcionan fondos de emergencia y abordan problemas de flujo de efectivo basados en pagos históricos cuando hay una interrupción en el envío y / o procesamiento de reclamaciones. Estos pagos acelerados generalmente se ofrecen en desastres naturales para acelerar el flujo de efectivo a los proveedores y suplidores de atención médica afectados. En esta situación, CMS está ampliando el programa para todos los proveedores de Medicare en todo el país durante la emergencia de salud pública relacionada con COVID-19. Los pagos pueden ser solicitados por hospitales, médicos, proveedores de equipos médicos duraderos y otros proveedores y suplidores de Medicare de la Parte A y Parte B.

Para calificar para pagos acelerados o adelantados, el proveedor o suplidor debe:

- Haber facturado a Medicare por reclamaciones dentro de los 180 días inmediatamente anteriores a la fecha de la firma en el formulario de solicitud del proveedor/ suplidor,
- No estar en bancarrota,
- No estar bajo revisión médica activa o investigación de integridad del programa, y
- No tener sobrepagos pendientes de Medicare morosos.

Medicare comenzará a aceptar y procesar las Solicitudes de Pago Acelerado/Adelantado inmediatamente. CMS anticipa que los pagos se emitirán dentro de los siete días de la solicitud del proveedor.

Puede encontrar una hoja informativa sobre el proceso de pago acelerado / adelantado y cómo enviar una solicitud aquí (en inglés): www.cms.gov/files/document/Accelerated-and-Advanced-Payments-Fact-Sheet.pdf

Esta acción, y las acciones anteriores de CMS en respuesta a COVID-19, son parte de los esfuerzos en curso del Grupo de Trabajo de Coronavirus de la Casa Blanca. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Grupo de trabajo está haciendo en respuesta a COVID-19, visite (en inglés) www.coronavirus.gov. Para obtener una lista completa y actualizada de las acciones de CMS, y otra información específica para CMS, visite el [Sitio Web de Emergencias Actuales](#) (en inglés).

Kit de Herramientas de Telesalud y Telemedicina para Hogares de Ancianos de Atención a Largo Plazo

El 27 de marzo, CMS emitió un kit de herramientas electrónicas sobre telesalud y telemedicina para centros de hogares de ancianos de atención a largo plazo. Bajo el liderazgo del presidente Trump para responder a la necesidad de limitar la propagación de COVID-19 a la comunidad, CMS ha ampliado el acceso a los servicios de telesalud de Medicare para que los beneficiarios puedan recibir una gama más amplia de servicios de sus médicos

Ver **MLN 30 de Marzo**, en la página 12

MLN 30 de Marzo

De la página 11

sin tener que viajar a un centro de salud. Este documento contiene enlaces electrónicos a fuentes confiables de información sobre telesalud y telemedicina, incluidos los cambios significativos realizados por CMS durante la última semana en respuesta a la Emergencia Nacional de Salud. La mayor parte de la información está dirigida a proveedores que quieran establecer un programa de telemedicina permanente, pero aquí hay información que también ayudará en el despliegue temporal de un programa de telemedicina. Se identifican documentos específicos que serán útiles para elegir proveedores, equipos y software de telemedicina, iniciar un programa de telemedicina, monitorear a los pacientes de forma remota y desarrollar herramientas de documentación. También hay información que será útil para los proveedores que tienen la intención de atender a los pacientes a través de servicios virtuales electrónicos que pueden usarse temporalmente durante la pandemia de COVID-19.

[Kit de herramientas](#) (en inglés).

Ayuda de COVID-19 del Programa de Pago de Calidad y Programa de Reportes de Calidad/Programa de Compras Basado en el Valor

El 22 de marzo de 2020, CMS anunció un alivio para los médicos, proveedores, hospitales y centros que participan en programas de reportes de calidad en respuesta al nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19). Este memorándum y hoja informativa complementa y proporciona orientación adicional a los proveedores de atención médica con respecto al anuncio. CMS ha extendido el plazo de presentación de datos del Sistema de Pago de Incentivos Basado en el Mérito (MIPS) de 2019 del 31 de marzo por 30 días al 30 de abril de 2020. Este y otros esfuerzos son para proporcionar alivio a los médicos que responden a la pandemia COVID-19. Además, la política automática de circunstancias extremas e incontrolables de MIPS se aplicará a los médicos elegibles para MIPS que no envíen sus datos de MIPS antes de la fecha límite del 30 de abril de 2020.

Puede encontrar una copia del memo aquí (en inglés):

[Memo](#)

Puede encontrar una copia de la hoja de trabajo aquí (en inglés): [Hoja Informativa](#)

Guía de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA) Durante la Emergencia del COVID-19

CMS emitió una guía importante para garantizar que los laboratorios clínicos de los Estados Unidos estén preparados para responder a la amenaza del nuevo coronavirus 2019 (COVID-19.) CMS se compromete a tomar medidas críticas para garantizar que los laboratorios clínicos de los Estados Unidos estén preparados para responder a la amenaza del COVID-19 y otras enfermedades respiratorias mediante la implementación de flexibilidades en torno a los requisitos para un certificado de Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico

(CLIA) durante emergencias de salud pública.

Si bien no existe una autoridad de exención formal bajo CLIA, CMS continúa ejerciendo flexibilidades bajo las reglamentaciones actuales y a través de la discreción de cumplimiento para abordar sitios de pruebas temporales y remotas, el uso de dispositivos alternativos de recolección de muestras y la implementación de pruebas desarrolladas en laboratorio. Esperamos que esta guía brinde los pasos necesarios para todos los laboratorios de EE. UU. que deseen solicitar un certificado CLIA para evaluar COVID-19.

[Guía](#) (en inglés)

[Pregunta frecuente](#) (en inglés)

La Administración Trump Involucra a los Hospitales de Estados Unidos en el Intercambio de Datos Sin Precedentes

El 29 de marzo, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) enviaron una carta a los hospitales de la nación en nombre del Vicepresidente Pence solicitándoles que reporten datos en relación con sus esfuerzos para combatir el Nuevo Coronavirus 2019 (COVID-19).

Específicamente, la Administración Trump solicita que los hospitales reporten los datos de las pruebas COVID-19 al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., además de los reportes diarios sobre la capacidad y los suministros de camas a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) Red Nacional de Seguridad del Cuidado de la Salud (NHSN) COVID-19 Módulo de Impacto en el Paciente y Capacidad Hospitalaria. CMS, la agencia federal que supervisa a los proveedores de atención médica que participan en Medicare en Estados Unidos, incluidos los hospitales, está ayudando a la Administración Trump a obtener esta información crítica para ayudar a identificar las necesidades de suministro y capacidad de camas, así como mejorar los esfuerzos de vigilancia de COVID-19. Los hospitales informarán datos sin información de identificación personal para garantizar la privacidad del paciente.

“Los casi 4.700 hospitales de la nación tienen acceso a datos de pruebas que se actualizan diariamente. Estos datos nos ayudarán a apoyar mejor a los hospitales para abordar sus necesidades de suministro y capacidad, así como a fortalecer nuestros esfuerzos de vigilancia en todo el país”, dijo la administradora de CMS, Seema Verma. “Los hospitales de Estados Unidos están demostrando una increíble capacidad de recuperación en esta situación sin precedentes y esperamos asociarnos más con ellos en el futuro”.

El Grupo de Trabajo de Coronavirus de la Casa Blanca ya está recopilando datos de laboratorios de salud pública y compañías de laboratorios privados, pero no tiene datos de laboratorios de hospitales que realizan pruebas de laboratorio en su hospital. Los datos de este hospital son necesarios a nivel federal para respaldar a la Agencia

Ver **MLN 30 de Marzo**, en la página 13

MLN 30 de Marzo

De la página 12

Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) y a la CDC en sus esfuerzos para apoyar a los estados y localidades a abordar y responder al virus.

Laboratorios “internos” académicos, universitarios y hospitalarios realizan miles de pruebas COVID-19 cada día, pero a diferencia de los laboratorios privados, los resultados completos no se comparten con las agencias gubernamentales que trabajan para rastrear y analizar el virus. Al compartir estos datos críticos, los hospitales pueden ayudar al gobierno federal y estatal a mitigar los efectos de COVID-19 y a dirigir los recursos necesarios de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) y el gobierno de los EE. UU. Durante esta crisis sin precedentes.

En la [carta](#) (en inglés) del vicepresidente Pence a los hospitales de Estados Unidos, pide a todos los hospitales que reporten datos sobre las pruebas de COVID-19 realizadas en sus laboratorios “internos”, que son los laboratorios in situ de los hospitales. Para monitorear la rápida aparición de COVID-19 y el impacto en el sistema

de atención médica, el Grupo de Trabajo de Coronavirus de la Casa Blanca solicita a los hospitales que reporten los datos de las pruebas al HHS todos los días y al NHSN de la CDC. Esta nueva solicitud de datos por parte de la Administración Trump ayudará a monitorear la propagación de enfermedades y muertes graves por COVID-19, así como el impacto en los hospitales de nuestra nación. Debido a que los laboratorios privados y comerciales ya informan, esta [carta](#) (en inglés) no es aplicable a ellos.

Esta acción, y las acciones anteriores de CMS en respuesta a COVID-19, son parte de los esfuerzos en curso del Grupo de Trabajo de Coronavirus de la Casa Blanca. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Grupo de trabajo está haciendo en respuesta a COVID-19, visite (en inglés) www.coronavirus.gov. Para obtener una lista completa y actualizada de las acciones de CMS, y otra información específica para CMS, visite el [Sitio Web de Emergencias Actuales](#) (en inglés).

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

MLN 26 de Marzo

De la página 10

- Notificación de No cobertura de Medicare (NOMNC)_CMS-10123
- Explicación detallada de No cobertura (DENC)_CMS-10124
- Notificación de observación de paciente ambulatorio de Medicare (MOON)_CMS-10611
- Advance Beneficiary Notice of Non-Coverage (ABN)_CMS-R-131
- Notificación del beneficiario de No cobertura de enfermería especializada anticipada (SNFABN)_CMS-10055
- Notificaciones emitidas por hospital de No cobertura (HINN)

A la luz de preocupaciones relacionadas a COVID-19, las instrucciones de entrega de notificaciones actuales proveen flexibilidad para entregar notificaciones a los beneficiarios de manera aislada. Estos procedimientos incluyen:

- Las copias impresas de las notificaciones pueden ser entregadas a un beneficiario por cualquier trabajador del hospital que pueda entrar a una habitación de manera segura. Se debe proporcionar un número de teléfono de contacto para que un beneficiario haga preguntas sobre la notificación, si la persona que entrega la notificación no puede hacerlo. Si no se puede entregar una copia impresa de la notificación, las notificaciones a los beneficiarios también pueden enviarse por correo electrónico, si un beneficiario tiene acceso a la sala de aislamiento. Las notificaciones deben anotarse con las circunstancias de la entrega,

incluida la persona que entrega la misma, y cuándo y dónde se envió el correo electrónico.

- La entrega de notificaciones se puede hacer por teléfono o correo electrónico seguro a los representantes de beneficiarios que se encuentran fuera del sitio. Las notificaciones deben anotarse con las circunstancias de la entrega, incluida la persona que entrega el aviso por teléfono y la hora de la llamada, o cuándo y dónde se envió el correo electrónico.

Alentamos a la comunidad de proveedores a revisar todos los detalles específicos de la entrega de notificaciones, como se establece en el Capítulo 30 del Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare (en inglés) <https://www.cms.gov/media/137111>.

CMS ha tomado varias acciones recientes en respuesta a la enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19), como parte de los esfuerzos en curso del Task Force de la Casa Blanca. Puede encontrar un resumen de las actividades recientes de CMS aquí (en inglés): <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-news-alert-march-26-2020>.

Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Task Force está haciendo en respuesta a COVID-19, visite [https://www.coronavirus.gov](http://www.coronavirus.gov). Para información específica de CMS, por favor visite el [Salón de conferencias de prensa de CMS](#) y la [Página web de emergencias actuales](#) (en inglés).

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

MLN Connects – Edición Especial – Martes, 31 de marzo de 2020

COVID-19: Cambios Reglamentarios, Facturación de Telesalud y Códigos de Recolección de Muestras

- [La Administración Trump Realiza Cambios Reglamentarios Radicales para Ayudar al Sistema de Atención Médica de EE.UU. a Abordar el Aumento de Pacientes de COVID-19](#)
- [Facturación por Servicios Profesionales de Telesalud Durante la Emergencia de Salud Pública](#)
- [Nuevos Códigos de Recolección de Muestras para la Facturación de Laboratorios para la Prueba COVID-19](#)

La Administración Trump Realiza Cambios Reglamentarios Radicales para Ayudar al Sistema de Atención Médica de EE.UU. a Abordar el Aumento de Pacientes de COVID-19

Bajo la dirección del presidente Trump, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una variedad sin precedentes de exenciones reglamentarias temporales y nuevas reglamentaciones para equipar al sistema de salud estadounidense con la máxima flexibilidad para responder a la pandemia del Nuevo Coronavirus de 2019 (COVID-19). CMS establece y hace cumplir reglamentaciones esenciales de calidad y seguridad para el sistema de atención médica de la nación y es la aseguradora de salud más grande del país que presta servicios a más de 140 millones de estadounidenses a través de Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños e Intercambios Federales.

Hecho posible por la reciente declaración de emergencia del presidente Trump y la elaboración de reglamentaciones de emergencia, estos cambios temporales se aplicarán inmediatamente en todo el sistema de atención médica de los EE.UU. durante la duración de la declaración de emergencia. Esto permite que los hospitales y los sistemas de salud brinden servicios en otros lugares para dar cabida a los pacientes con COVID-19 que necesitan atención aguda en sus centros principales.

Los cambios complementan y aumentan el trabajo de FEMA y las autoridades de salud pública estatales y locales al empoderar a los hospitales y sistemas de atención médica locales para expandir rápidamente la capacidad de tratamiento que les permite separar a los pacientes infectados con COVID-19 de aquellos que no están afectados. Las exenciones y las flexibilidades de CMS permitirán que los hospitales y los sistemas de atención médica amplíen la capacidad al clasificar a los pacientes en una variedad de centros comunitarios,

incluidos centros de cirugía ambulatoria, hospitales de rehabilitación para pacientes hospitalizados, hoteles y dormitorios. La transferencia de pacientes no infectados ayudará al personal del hospital a centrarse en los pacientes más críticos de COVID-19, mantener protocolos de control de infecciones y conservar el Equipo de Protección Personal (EPP).

“Todos los días, heroicas enfermeras, médicos y otros trabajadores de la salud dedican largas horas a sus pacientes. Esto significa sacrificar tiempo con sus familias y arriesgar sus propias vidas para atender a pacientes con coronavirus”, dijo la administradora de CMS, Seema Verma. “Los proveedores de atención médica al frente deben poder concentrarse en la atención al paciente de la manera más flexible e innovadora posible. Esta relajación temporal sin precedentes en la reglamentación ayudará al sistema de atención médica a lidiar con los aumentos repentinos de los pacientes al brindarle herramientas y apoyo para crear sitios de atención no tradicionales y dotarlos de personal rápidamente”.



El anuncio de CMS también hará una exención a ciertos requisitos para permitir y alentar a los hospitales a contratar médicos locales y otros proveedores para abordar posibles aumentos. Las nuevas reglamentaciones permiten a los hospitales apoyar las prácticas de los médicos mediante la transferencia de equipos críticos, incluidos los artículos utilizados para la telesalud, así como proporcionar comidas y cuidado de niños a sus trabajadores de atención médica.

Otras exenciones temporales de CMS y cambios en las reglamentaciones reducen

drásticamente las cargas administrativas, sabiendo que los proveedores que están al frente operarán con grandes volúmenes y bajo tensiones extraordinarias del sistema.

CMS aprobó recientemente cientos de solicitudes de exención de proveedores de atención médica, gobiernos estatales y asociaciones de hospitales estatales en los siguientes estados: Ohio, Tennessee, Virginia, Missouri, Michigan, New Hampshire, Oregón, California, Washington, Illinois, Iowa, Dakota del Sur, Texas, Nueva Jersey y Carolina del Norte. Con este anuncio de exenciones generales, otros estados y proveedores no necesitan solicitar estas exenciones y pueden comenzar a usar las flexibilidades de inmediato.

La administradora Verma agregó que aplaude la promesa del 23 de marzo de 2020 de los Planes de Seguro de Salud de los Estados Unidos (AHIP) de igualar las exenciones de CMS para los beneficiarios de Medicare en áreas donde la capacidad de los pacientes internos

MLN 31 de Marzo

De la página 14

está bajo presión. “Es un excelente ejemplo de asociación público-privada y ampliará el impacto de los cambios de Medicare”, dijo Verma.

Las acciones temporales de CMS facultan a los hospitales y sistemas de salud locales para:

Aumentar la Capacidad del Hospital - Hospitales de CMS Sin Muros

CMS permitirá a las comunidades aprovechar los centros locales de cirugía ambulatoria que han cancelado las cirugías electivas, según las recomendaciones federales. Los centros de cirugía pueden contratar con los sistemas locales de atención médica para proporcionar servicios hospitalarios, o pueden inscribirse y facturar como hospitales durante la declaración de emergencia, siempre que no sean incompatibles con el Plan de Preparación para Emergencias o Pandemia de su estado. Las nuevas flexibilidades también aprovecharán este tipo de sitios para transferir los servicios que típicamente brindan los hospitales, como procedimientos de cáncer, cirugías de trauma y otras cirugías esenciales.

CMS ahora permitirá temporalmente el uso de edificios y espacios no hospitalarios para la atención de pacientes y los sitios de cuarentena, siempre que la ubicación sea aprobada por el estado y garantice la seguridad y la comodidad de los pacientes y el personal. Esto ampliará la capacidad de las comunidades para desarrollar un sistema de atención que trate de manera segura a los pacientes sin COVID-19 y aisle y trate a los pacientes con COVID-19.

CMS también permitirá que hospitales, laboratorios y otras entidades realicen pruebas para COVID-19 en personas en el hogar y en otros entornos comunitarios fuera del hospital. Esto aumentará el acceso a las pruebas y reducirá los riesgos de exposición. La nueva guía permite a los sistemas de atención médica, hospitales y comunidades establecer sitios de prueba exclusivamente con el propósito de identificar pacientes con COVID-19 positivo en un ambiente seguro.

Además, CMS permitirá a los departamentos de emergencias de los hospitales realizar pruebas y evaluar a los pacientes para detectar COVID-19 en los sitios de prueba de manejo y fuera del campus.

Durante la emergencia de salud pública, las ambulancias pueden transportar pacientes a un rango más amplio de ubicaciones cuando otro transporte no es médicamente apropiado. Estos destinos incluyen centros comunitarios de salud mental, centros de salud cualificados a nivel federal, consultorios médicos, centros de atención de urgencia, centros de cirugía ambulatoria y cualquier lugar que brinde servicios de diálisis cuando no hay un centro de ESRD disponible.

Los hospitales de médicos pueden aumentar temporalmente el número de camas autorizadas, quirófanos y salas de procedimientos. Por ejemplo,

un hospital propiedad de un médico puede convertir temporalmente camas de observación en camas de pacientes internos para acomodar el aumento de pacientes durante la emergencia de salud pública.

Además, los hospitales pueden facturar los servicios prestados fuera de sus cuatro paredes. Los departamentos de emergencia de los hospitales pueden usar los servicios de telemedicina para evaluar rápidamente a los pacientes y determinar el lugar de atención más apropiado, liberando espacio de emergencia para aquellos que más lo necesitan. Las nuevas reglamentaciones aseguran que los pacientes puedan ser examinados en sitios alternativos de tratamiento y prueba que no están sujetos a la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA) mientras la emergencia nacional permanezca vigente. Esto permitirá que los hospitales, los hospitales psiquiátricos y los hospitales de acceso crítico examinen a los pacientes en una ubicación fuera del campus del hospital para evitar la propagación de COVID-19.

Ampliar rápidamente el Grupo de Trabajo de Atención Médica

Los médicos locales de práctica privada y su personal capacitado pueden estar disponibles para un empleo temporal ya que los servicios médicos y quirúrgicos no esenciales se posponen durante la emergencia de salud pública. Los requisitos temporales de CMS permiten que los hospitales y los sistemas de atención médica aumenten la capacidad de su grupo de trabajo al eliminar las barreras para que los médicos, enfermeras y otros médicos sean contratados fácilmente de la comunidad local, así como aquellos con licencia de otros estados sin violar las reglamentaciones de Medicare.

Estos trabajadores de atención médica pueden realizar las funciones para las que están cualificados y con licencia, mientras esperan la finalización de los requisitos de papeleo federales.

CMS está emitiendo exenciones para que los hospitales puedan utilizar a otros profesionales, como asistentes médicos y enfermeras practicantes, en la mayor medida posible, de acuerdo con el plan estatal de preparación para emergencias o pandemia. Estos médicos pueden realizar servicios tales como ordenar pruebas y medicamentos que pueden haber requerido previamente una orden del médico cuando la ley estatal lo permite.

CMS está haciendo una exención a los requisitos de que un enfermero anestesiólogo certificado (CRNA) esté bajo la supervisión de un médico. Esto permitirá que los CRNA funcionen en la mayor medida permitida por el estado y liberará a los médicos del requisito de supervisión y ampliará la capacidad tanto de los CRNA como de los médicos.

CMS también está emitiendo una exención general para permitir que los hospitales brinden beneficios y apoyo a su personal médico, como múltiples comidas diarias,

Ver **MLN 31 de Marzo**, en la página 16

MLN 31 de Marzo

De la página 15

servicio de lavandería para ropa personal o servicios de cuidado infantil mientras los médicos y otro personal están en el hospital y participan en actividades que benefician al hospital y a sus pacientes.

CMS también permitirá que los proveedores de atención médica (médicos, hospitales y otros proveedores institucionales y suplidores) se inscriban temporalmente en Medicare para brindar atención durante la emergencia de salud pública.

Colocar a los Pacientes Sobre el Papeleo

CMS está eliminando temporalmente los requisitos de papeleo y permitiendo que los médicos pasen más tiempo con los pacientes. Medicare ahora cubrirá los dispositivos y equipos relacionados con las vías respiratorias por cualquier motivo médico determinado por los médicos para que los pacientes puedan obtener la atención que necesitan; anteriormente, Medicare solo los cubría bajo ciertas circunstancias.

Durante la emergencia de salud pública, no se requerirá que los hospitales tengan políticas escritas sobre procesos y visitas de pacientes que están en aislamiento de COVID-19. Los hospitales también tendrán más tiempo para proporcionar a los pacientes una copia de su historial médico.

CMS está proporcionando alivio temporal de muchos requisitos de auditoría y reportes para que los proveedores, los centros de atención médica, los planes de salud Medicare Advantage, los planes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y los estados puedan centrarse en proporcionar la atención necesaria a los beneficiarios de Medicare y Medicaid afectados por COVID-19.

Esto se hace ampliando los plazos de presentación de reportes y suspendiendo las solicitudes de documentación que le quitarían tiempo a la atención del paciente.

Promover Más la Telesalud en Medicare

Sobre la base de acciones previas para ampliar el reembolso de los servicios de telesalud a los beneficiarios de Medicare, CMS ahora permitirá que se brinden más de 80 servicios adicionales a través de telesalud. Durante las emergencias de salud pública, las personas pueden usar aplicaciones interactivas con capacidades de audio y video para visitar a su médico para una gama aún más amplia de servicios. Los proveedores también pueden evaluar a los beneficiarios que solo tienen teléfonos con audio.

Estos cambios temporales asegurarán que los pacientes tengan acceso a médicos y otros proveedores mientras permanecen seguros en sus hogares.

Los proveedores pueden facturar las visitas de telesalud al mismo ritmo que las visitas en persona. Las visitas de telesalud incluyen visitas al departamento de emergencias, al centro de enfermería inicial y visitas de alta, visitas domiciliarias y servicios de terapia, que deben

ser brindados por un médico autorizado para proporcionar telesalud. Los pacientes nuevos y establecidos ahora pueden quedarse en casa y tener una visita de telesalud con su proveedor.

CMS está permitiendo que la telesalud cumpla con muchos requisitos de visitas en persona para que los médicos atiendan a sus pacientes en centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospicios y salud en el hogar.

CMS está dejando en claro que los médicos pueden proporcionar servicios de monitoreo remoto de pacientes a pacientes con afecciones agudas y crónicas y para pacientes con una sola enfermedad. Por ejemplo, la monitorización remota del paciente se puede utilizar para monitorizar los niveles de saturación de oxígeno de un paciente mediante oximetría de pulso.

Además, CMS está permitiendo a los médicos supervisar a su personal clínico utilizando tecnologías virtuales cuando sea apropiado, en lugar de requerir presencia en persona.

Para obtener información adicional sobre las exenciones y los cambios de reglamentaciones, vaya a (en inglés): <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/additional-backgroundsweeping-regulatory-changes-help-us-healthcare-system-address-covid-19-patient>

Para obtener más información sobre las exenciones y guía de COVID-19, y la Reglamentación Final Provisional, visite la página web de flexibilidades COVID-19 de CMS (en inglés): <https://www.cms.gov/about-cms/emergency-preparedness-response-operations/current-emergencies/coronavirus-waivers>.

Estas acciones, y las acciones anteriores de CMS en respuesta a COVID-19, son parte de los esfuerzos en curso del Grupo de Trabajo de Coronavirus de la Casa Blanca. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Grupo de trabajo está haciendo en respuesta a COVID-19, visite (en inglés) www.coronavirus.gov. Para obtener una lista completa y actualizada de las acciones de CMS, y otra información específica para CMS, visite el [Sitio Web de Emergencias Actuales](#) (en inglés).

Facturación por Servicios Profesionales de Telesalud Durante la Emergencia de Salud Pública

Sobre la base de acciones previas para ampliar el reembolso de los servicios de telesalud a los beneficiarios de Medicare, CMS ahora permitirá que se brinden más de 80 servicios adicionales a través de telesalud. Al facturar reclamaciones profesionales por servicios de telesalud no tradicionales con fechas de servicios a partir del 1 de marzo de 2020, y durante la Emergencia de Salud Pública (PHE), facturar con el Lugar de Servicio (POS) es igual a lo que tendría estado en ausencia de una PHE, junto con un modificador 95, que indica que el servicio prestado en realidad se realizó a través de telesalud. Como recordatorio, CMS no requiere el modificador "CR"

Ver **MLN 31 de Marzo**, en la página 17

MLN 31 de Marzo

De la página 16

en los servicios de telesalud. Sin embargo, de acuerdo con las reglamentaciones actuales para los servicios tradicionales de telesalud, existen dos escenarios en los que se requieren modificadores en las reclamaciones profesionales de telesalud de Medicare:

- Proporcionado como parte de un proyecto de demostración de telemedicina federal en Alaska y Hawaii utilizando tecnología asíncrona (almacenar y reenviar), use el modificador GQ
- Equipado para el diagnóstico y tratamiento de un accidente cerebrovascular agudo, use el modificador G0

Las reclamaciones profesionales de los servicios tradicionales de telesalud de Medicare deben reflejar el código de POS designado 02-Telesalud, para indicar que el servicio facturado se suministró como un servicio profesional de telesalud desde un sitio distante. No hay cambios en el diferencial de pago de centro/no centro aplicado según el POS. Las reclamaciones enviadas con el código POS 02 continuarán pagando a la tarifa del centro.

No hay cambios de facturación para reclamaciones institucionales; las reclamaciones de método crítico de

acceso hospitalario II deben continuar facturando con el modificador GT.

Nuevos Códigos de Recolección de Muestras para la Facturación de Laboratorios para la Prueba COVID-19

Laboratorios de diagnóstico clínico: para identificar y reembolsar la recolección de muestras para la prueba COVID-19, CMS estableció dos códigos HCPCS de Nivel II, vigentes con la fecha de servicio de la línea de ítem a partir del 1 de marzo de 2020:

- G2023 - Recolección de muestras para el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19]), cualquier fuente de muestra
- G2024 - Recolección de muestras para el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19]), de un individuo en un centro de enfermería especializada o por un laboratorio en nombre de una agencia de salud en el hogar, cualquier fuente de muestra

Estos códigos son facturables por los laboratorios de diagnóstico clínico.

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

MLN Connects® para el jueves, 2 de abril de 2020

[MLN Connects® para el 2 de abril de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- Reportes de Vista Previa del Proveedor de IRF: Revise Sus Datos para el 13 de abril
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de LTCH: Revise Sus Datos para el 13 de abril
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de Hospicio: Revise Sus Datos para el 13 de abril

Eventos

- Llamada acerca del Reglamento Final de Interoperabilidad y Acceso del Paciente — 7 de abril

Artículos de MLN Matters®

- Precio de Venta Promedio Trimestral de julio de 2020 de los Archivos de Precios de Medicamentos de la Parte B de Medicare y Revisiones a Archivos de Precios Trimestrales Anteriores
- NCD (20.32) Reemplazo de Válvula Aórtica Transcatéter (TAVR)
- Actualización Trimestral del Periodo de Brecha del

Programa de Licitación Competitiva (CBP) de Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortóticos, y Provisiones Médicas (DMEPOS) — julio de 2020

- Actualización Trimestral a las Modificaciones de Procedimiento a Procedimiento (PTP) de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta, Versión 26.2, Vigente a Partir del 1 de julio de 2020
- Activación de Modificaciones de Validación Sistemática para Proveedores del OPPS con Múltiples Localidades de Servicio — Actualización — Revisado
- Actualización Trimestral a las Modificaciones de Procedimiento a Procedimiento (PTP) de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta, Versión 26.1, Vigente a Partir del 1 de abril de 2020

Publicaciones

- Catálogo de MLN — Edición de abril 2020

Multimedia

- Llamada acerca de Pagos Abiertos: Grabación de Audio y Transcripción

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects – Edición Especial – viernes, 3 de abril de 2020

COVID-19: Corrección de Facturación de Telesalud, Recomendaciones a Asilos de Ancianos, Facturación de Respiradores Multifuncionales, Nuevo Código de Diagnóstico de la ICD-10-CM

- [Facturación por Servicios Profesionales en Sitios Distantes de Telesalud Durante la Emergencia de Salud Pública — Revisado](#)
- [La Administración Trump Emite Recomendaciones Clave a Asilos de Ancianos, Gobiernos Estatales y Locales](#)
- [Facturación de Respiradores Multifuncionales \(Código E0467 de HCPCS\) bajo la Emergencia de Salud Pública COVID-19 y Otros](#)
- [Nuevo Código de Diagnóstico de la ICD-10-CM, U07.1, para COVID-19](#)

Facturación por Servicios Profesionales en Sitios Distantes de Telesalud Durante la Emergencia de Salud Pública — Revisado

Esto corrige el mensaje anterior que apareció en nuestra edición especial del [31 de marzo de 2020](#) (en inglés).

Sobre la base de acciones previas para ampliar el reembolso de los servicios de telesalud a los beneficiarios de Medicare, CMS ahora permitirá que se brinden más de 80 servicios adicionales a través de telesalud. Cuando facture por reclamaciones profesionales para todos los servicios de telesalud con fechas de servicio en o después del 1 de marzo de 2020, y por la duración de la Emergencia de Salud Pública (PHE), facture con:

- El Lugar de Servicio (POS) igual a lo que hubiera sido si el servicio se hubiera prestado en persona
- El Modificador 95, indicando que el servicio prestado fue realmente realizado por medio de telesalud

Como recordatorio, CMS no está requiriendo el modificador CR en servicios de telesalud. Sin embargo, de acuerdo con las normas actuales de servicios de telesalud, hay dos escenarios en los que se requieren modificadores en las reclamaciones profesionales de telesalud de Medicare:

- Proporcionado como parte de un proyecto de demostración de telemedicina federal en Alaska y Hawai utilizando tecnología asíncrona (almacenar y reenviar), use el modificador GQ
- Proporcionado para el diagnóstico y tratamiento de un accidente cerebrovascular agudo, use el modificador G0

No hay cambios de facturación para reclamaciones institucionales; las reclamaciones de método crítico de acceso hospitalario II deben continuar facturando con el modificador GT.

La Administración Trump Emite Recomendaciones Clave a Asilos de Ancianos, Gobiernos Estatales y Locales



El 3 de abril, bajo la dirección del presidente Trump, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en consulta con el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC), emitieron recomendaciones críticas a los gobiernos estatales y locales, así como a asilos de ancianos, para ayudar a mitigar la propagación del Nuevo Coronavirus de 2019 (COVID-19) en asilos de ancianos. Las recomendaciones se basan y fortalecen la guía reciente de CMS y CDC relacionada con la implementación efectiva de procedimientos de control de infecciones de larga data.

- [Comunicado de prensa](#) (en inglés)
- [Guía](#) (en inglés)

Facturación de Respiradores Multifuncionales (Código E0467 de HCPCS) bajo la Emergencia de Salud Pública COVID-19 y Otros

CMS reconoce que en estos tiempos importantes, en particular, beneficiarios, médicos clínicos del cuidado de la salud, suplidores y fabricantes buscan el acceso más amplio posible a los respiradores para sus necesidades de cuidado. Estamos tomando ciertos pasos para aumentar el acceso y recordar a los suplidores acerca de ciertas opciones disponibles para ellos y los beneficiarios con respecto a los respiradores multifuncionales.

Con vigencia inmediata, CMS suspende la modificación de reclamaciones para ventiladores multifuncionales cuando hay reclamaciones por dispositivos separados en la historia que no han cumplido su vida útil razonable. Para obtener más información acerca de respiradores multifuncionales, vea el [Artículo de Edición Especial de MLN Matters SE20012](#). (en inglés).

Nuevo Código de Diagnóstico de la ICD-10-CM, U07.1, para COVID-19

En respuesta a la emergencia nacional que se declaró con respecto al brote de COVID-19, se implementó un nuevo código de diagnóstico, U07.1, COVID-19, con vigencia a partir del 1 de abril de 2020.

Ver **MLN 3 de Abril**, en la página 20

MLN Connects – Edición Especial – Martes, 7 de abril de 2020

COVID-19: Video de telesalud, exención de coaseguro y de deducibles, certificaciones de ASC, modificadores de ambulancia, lecciones de las líneas del frente, Llamada de MLN hoy

- [Nuevo video disponible acerca de la cobertura de Medicare y el pago del servicio virtual](#)
- [La Ley de respuesta al coronavirus de Familias Primero ofrece exención al coaseguro y a los deducibles para servicios adicionales relacionados al COVID-19](#)
- [Orientación para el procesamiento de certificaciones de centros de cirugía ambulatorios \(ASC\) que se inscriben temporalmente como hospitales durante la emergencia de salud pública del COVID-19](#)
- [COVID-19: Uso expandido de modificadores de origen/destino de ambulancia](#)
- [Lecciones de las líneas del frente: COVID-19](#)
- [Llamada de actualización de CMS acerca del COVID-19 hoy](#)

Nuevo video disponible acerca de la cobertura de Medicare y el pago del servicio virtual

CMS publicó un video que proporciona respuestas a preguntas comunes relacionadas al beneficio de los servicios de telesalud de Medicare. CMS está ampliando este beneficio de manera temporal y de emergencia bajo la autoridad de exención 1135 y la Ley de Asignaciones Suplementarias de Preparación y Respuesta de Coronavirus. (En inglés) [Video](#)

La Ley de respuesta al coronavirus de Familias Primero ofrece exención al coaseguro y a los deducibles para servicios adicionales relacionados al COVID-19

La Ley de respuesta del coronavirus de Familias Primero renuncia a los costos compartidos bajo la Parte B de Medicare (coaseguro y montos deducibles) para pacientes de Medicare por servicios relacionados con las pruebas COVID-19. Estos servicios son visitas médicas para las categorías de evaluación y manejo de HCPCS que se describen a continuación cuando un proveedor ambulatorio, médico u otros proveedores y suplidores que facturan a Medicare por los servicios de la Parte B ordenan o administran la prueba de laboratorio COVID-19 U0001, U0002 u 87635.

El costo compartido no se aplica a los servicios relacionados con las pruebas de COVID-19, que son visitas médicas que: se brindaron entre el 18 de marzo de 2020 y el final de la Emergencia de Salud Pública (PHE); que resultan en una orden o administración de una prueba COVID-19; están relacionados con el suministro o la administración de dicha prueba o con la evaluación de un individuo con el propósito de determinar la necesidad de dicha prueba; y se encuentran en cualquiera de las siguientes categorías de códigos de evaluación y manejo de HCPCS:

- Oficina médica y otros servicios ambulatorios
- Servicios de observación de hospital
- Servicios de departamento de emergencia
- Servicios de centro de enfermería
- Servicios domiciliarios, de descanso en la casa o custodia de cuidado

- Servicios en el hogar
- Servicios de evaluación y manejo digitales en línea

El costo compartido no se aplica a los servicios de visitas médicas anteriores para los cuales se realiza el pago a:

- Departamentos ambulatorios de hospital pagados bajo el Sistema de pago prospectivo ambulatorio
- Médicos y otros profesionales de la salud bajo Tarifas Médicas Fijas
- Hospitales de Acceso Crítico (CAHs)
- Clínicas de Salud Rural (RHCs)
- Centros de Salud Federalmente Cualificados (FQHCs)

Para los servicios prestados el 18 de marzo de 2020, y hasta el final del PHE, los proveedores ambulatorios, los médicos y otros proveedores y suplidores que facturen a Medicare por los servicios de la Parte B bajo estos sistemas de pago deben usar el modificador CS en las líneas de reclamación aplicables para identificar el servicio sujeto a la exención de costos compartidos para los servicios relacionados con las pruebas COVID-19 y NO debe cobrar a los pacientes de Medicare ningún coaseguro y/o deducible por esos servicios.

Para reclamaciones profesionales, los médicos y profesionales que no presentaron inicialmente reclamaciones con el modificador CS deben notificar a su Contratista Administrativo de Medicare (MAC) y solicitar volver a presentar las reclamaciones aplicables con fechas de servicio en o después del 18/03/2020 con el modificador CS para obtener el 100% del pago.

Para las reclamaciones institucionales, los proveedores, incluidos los hospitales, los CAH, los RHC y los FQHC, que inicialmente no presentaron reclamaciones con el modificador CS deben volver a presentar las reclamaciones aplicables presentadas el 18/03/2020 o después, con el modificador CS a las líneas de visita para obtener 100% del pago.

Las acciones adicionales de CMS en respuesta al COVID-19 son parte de los esfuerzos en curso del Task Force de la Casa Blanca. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Task Force está haciendo en respuesta a COVID-19, visite www.coronavirus.gov. Para una lista completa y actualizada de las acciones de CMS, y otra información específica a CMS, por favor visite la [Página web de emergencias actuales](#) (enlaces en inglés).

Orientación para el procesamiento de certificaciones de centros de cirugía ambulatorios (ASC) que se inscriben temporalmente como hospitales durante la emergencia de salud pública del COVID-19

CMS está proveyendo la flexibilidad necesaria a los hospitales para garantizar que tengan la capacidad de ampliar la capacidad y tratar a los pacientes durante la emergencia de salud pública COVID-19. Como parte de las [Exenciones de Declaración de Emergencia del COVID 19 para proveedores del cuidado de la salud](#). CMS está permitiendo que los ASCs inscritos a Medicare que temporalmente se inscriban como hospitales y provean servicios de hospital para ayudar a abordar la necesidad

Ver **MLN 7 de Abril**, en la página 20

MLN 7 de Abril

De la página 19

urgente de aumentar la capacidad de hospital para cuidar de los pacientes (enlaces en inglés):

[Directrices](#)

COVID-19: Uso expandido de modificadores de origen/destino de ambulancia

Durante la Emergencia de Salud Pública del COVID-19, Medicare cubrirá un transporte de ambulancia terrestre de emergencia y no emergencia médicamente necesario desde cualquier punto de origen a un destino que esté equipado para tratar la condición del paciente de acuerdo con los Servicios Médicos de Emergencia estatales y locales (EMS) protocolos donde se prestarán los servicios. De manera provisional, estamos ampliando la lista de destinos que se pueden incluir, pero no están limitados a:

- Cualquier ubicación que sea un sitio alternativo que se determine que sea parte de un hospital, un Hospital de acceso crítico (CAH) o un SNF
- Centros de salud mental de la comunidad
- Centros de salud federalmente cualificados (FQHCs)
- Clínicas de salud rural (RHCs)
- Oficinas médicas
- Centros de cuidado urgente
- Centros de cirugía ambulatoria (ASCs)
- Cualquier ubicación que brinde servicios de diálisis fuera de una instalación de Enfermedad renal en estado terminal (ESRD) cuando una instalación de ESRD no esté disponible
- Hogar del beneficiario

CMS expandió las descripciones para estos modificadores de reclamaciones de origen y destino para rendir cuentas de las nuevas ubicaciones cubiertas:

- Modificador D - Centro comunitario de salud mental, FQHC, RHC, centro de cuidado de urgencia, centro de emergencias independiente o ASC no basado en proveedores, ubicación de servicios de diálisis que

MLN 3 de Abril

De la página 18

Como resultado, un paquete de software actualizado ICD-10 MS-DRG GROUPER para acomodar el nuevo código de diagnóstico de la ICD-10-CM, U07.1, COVID-19, vigente con descargas a partir del 1 de abril de 2020, está disponible en la página web de CMS [Software y Clasificaciones MS-DRG](#) (en inglés).

Este paquete de software actualizado GROUPER (V37.1 R1) reemplaza el paquete de software GROUPER V37.1 que fue desarrollado en respuesta al nuevo código de diagnóstico U07.0 de la ICD-10-CM, trastorno relacionado con el Vapeo, también disponibles para las altas en o después del 1 de abril de 2020, actualmente disponible en la página web (en inglés) [Software y Clasificaciones MS-DRG](#). Los proveedores deben usar este nuevo código, U07.1, cuando corresponda, para las descargas a partir del 1 de abril de 2020. Consulte los artículos actualizados de MLN Matters (en inglés) para obtener información adicional sobre la Tarifa por Servicio de Medicare:

- [Actualización a la Clasificación Internacional de](#)

- brindan servicios y no están afiliados al centro ESRD
- Modificador E – Residencial, domiciliario, centro de custodia (otro aparte del centro 1819) si el centro es el hogar del beneficiario
- Modificador H - Lugar de cuidado alternativo para el hospital, que incluye CAH, ASC basado en el proveedor o centro de emergencia independiente
- Modificador N – Lugar de cuidado alternativo para SNF
- Modificador P – Oficina médica
- Modificador R – Hogar del beneficiario

Para la lista completa de modificadores de reclamación de destino y de origen de ambulancia vea [Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare Capítulo 15, Sección 30 A](#) (en inglés).

Lecciones de las líneas del frente: COVID-19

El 3 de abril, la Administradora de CMS Seema Verma, Deborah Birx, MD, la Fuerza de Tarea de Coronavirus de la Casa Blanca y funcionarios de la FDA, CDC y FEMA participaron en una llamada sobre Flexibilidades COVID-19. Varios médicos invitados en primera línea presentaron las mejores prácticas de sus experiencias con COVID-19. Usted puede escuchar la conversación (en inglés) [aquí](#).

Llamada de actualización de CMS acerca del COVID-19 hoy

Martes, 7 de abril de 2 a 3 pm ET

[Inscríbese](#) para eventos del Medicare Learning Network. Inscripción cierra a las 12pm ET.

Actualización de CMS acerca de acciones recientemente tomadas para abordar la emergencia de salud pública del COVID-19.

Público objetivo: Todos los proveedores de tarifas por servicio y accionistas interesados.

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

[Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica \(ICD-10-CM\) para el Trastorno Relacionado con el Vapeo y el Nuevo Coronavirus 2019 \(COVID-19\)](#)

- [Actualización del Grouper de Salud en el Hogar para Nuevos Códigos de Diagnóstico para el Trastorno Relacionado con el Vapeo y COVID-19](#)
- [Especificaciones de abril de 2020 del Editor de Códigos Ambulatorios Integrados \(I/OCE\) Versión 21.1 R1](#)

Para información detallada acerca de la asignación del nuevo código de diagnóstico U07.1, COVID-19, bajo los [MS-DRGs de la ICD-10, visite la página web de Software y Clasificaciones MS-DRG](#) (en inglés). El anuncio está ubicado bajo el encabezado “Latest News” (“Noticias Más Recientes”).

Para obtener información adicional relacionada al nuevo código de diagnóstico COVID-19, visite el [sitio web del CDC](#) (en inglés).

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

MLN Connects® para el jueves, 9 de abril de 2020

MLN Connects® para el 9 de abril de 2020

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- CMS Aprueba Aproximadamente \$34 Mil Millones para Proveedores con el Programa de Pago Acelerado/ Adelantado para Proveedores de Medicare en Una Semana
- COVID-19: Carta de Estimado Doctor o Profesional de la Salud
- COVID-19: Servicios Médicos No Emergentes, Electivos y Recomendaciones de Tratamiento
- Programa de Pago de Calidad: Política de Circunstancias Extremas e Incontrolables de MIPS en Respuesta al COVID-19
- Requisito de Autenticación Multifactor Retrasado para PECOS, I y A, y NPPES
- Pagos Abiertos: Revisión de Pre-Publicación y Disputa hasta el 15 de mayo

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Vacunación contra la Neumonía Neumocócica: Transacciones de Elegibilidad Incluyen DOS Comenzando el 13 de abril

Eventos

- Llamada de Proveedores de Medicare para Recopilación de Datos de Organizaciones de Ambulancia Terrestre — 7 de mayo

Artículos de MLN Matters®

- Educación del Suplidor en el Uso Adecuado de Actualizaciones para Ventiladores de Funciones Múltiples
- Segunda Actualización a la CR 11152 de Implementación del Modelo de Pago Enfocado en el Paciente (PDPM) para Centro de Enfermería Especializada (SNF) — Revisado

Publicaciones

- Derechos Civiles, HIPAA y COVID-19
- Notificaciones Escritas Anticipadas de Medicare de No Cobertura — Revisado
- Servicios Preventivos de Medicare — Revisado
- Afiche de Servicios Preventivos de Medicare — Revisado

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

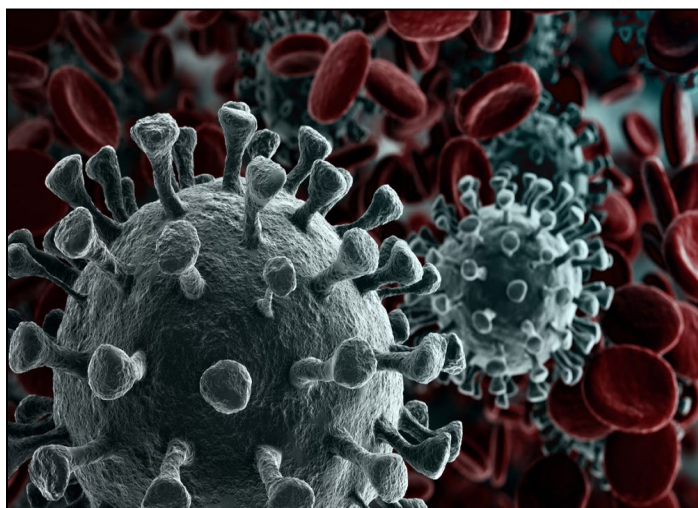
MLN Connects – Edición Especial – viernes, 10 de abril de 2020

COVID-19: Control de infecciones, maximizando la fuerza de trabajo, preguntas y respuestas actualizadas (Q&A), Modificador CS para costo compartido, ajuste de pago suspendido

- [CMS emite nueva ola de directrices de control de infecciones para proteger pacientes y trabajadores de la salud del COVID-19](#)
- [Administración de Trump actúa para asegurar que los centros del cuidado de la salud de EE.UU. puedan maximizar su fuerza de trabajo de primera línea para confrontar la crisis del COVID-19](#)
- [Preguntas y respuestas actualizadas acerca del COVID-19](#)
- [Utilizando el Modificador CS cuando hay exención del costo compartido](#)
- [Reclamaciones del FFS de Medicare: 2% de ajuste de pago suspendido \(Secuestro\)](#)

CMS emite nueva ola de directrices de control de infecciones para proteger pacientes y trabajadores de la salud del COVID-19

CMS emitió una serie de documentos de orientación actualizados centrados en el control de infecciones para evitar la propagación del nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) en una variedad de entornos de atención hospitalaria y ambulatoria. La guía, basada en las



directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), ayudará a garantizar el control de infecciones en el contexto del triage, la detección y el tratamiento del paciente, el uso de sitios alternativos de prueba y tratamiento y telesalud, exámenes de detección, visitas limitadas, visitas limitadas, pautas de limpieza y desinfección, personal y más. (En inglés)

[Comunicado de prensa](#)

Ver **MLN 10 de Abril**, en la página 22

MLN 10 de Abril

De la página 21

Administración de Trump actúa para asegurar que los centros del cuidado de la salud de EE.UU. puedan maximizar su fuerza de trabajo de primera línea para confrontar la crisis del COVID-19

Bajo la dirección del presidente Trump, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) suspendieron temporalmente una serie de reglamentaciones para que los hospitales, clínicas y otras instalaciones de cuidado médico puedan aumentar su personal médico de primera línea mientras luchan por salvar vidas durante la pandemia del Nuevo Coronavirus 2019 (COVID-19).

Estos cambios afectan a los médicos, enfermeras y otros médicos en todo el país, y se centran en reducir los requisitos de supervisión y certificación para que los profesionales puedan ser contratados rápidamente y realizar el trabajo en la mayor medida de sus licencias. Las nuevas exenciones expanden drásticamente la flexibilidad de la fuerza laboral que CMS anunció el 30 de marzo.

Para una hoja informativa detallando información adicional en las exenciones anunciadas hoy y previamente, vaya a (en inglés): <https://www.cms.gov/files/document/summary-covid-19-emergency-declaration-waivers.pdf>

Preguntas y respuestas actualizadas acerca del COVID-19

Revise las [preguntas y respuestas \(FAQs\) actualizadas](#) (en inglés) de CMS para equipar el sistema del cuidado de salud americano con máxima flexibilidad para responder a la pandemia del coronavirus novel 2019 (COVID-19). Verifique este recurso a menudo ya que CMS lo actualiza regularmente – le ponemos la fecha al final de cada pregunta frecuente (FAQ) cuando es nueva o actualizada.

Utilizando el Modificador CS cuando hay exención del costo compartido

Esto aclara un mensaje previo que apareció en nuestra edición especial del [7 de abril de 2020](#) (En inglés). CMS ahora otorga exención a los costos compartidos (coaseguro y montos deducibles) según la Parte B de Medicare para pacientes de Medicare para ciertos servicios relacionados con las pruebas COVID-19. Anteriormente, CMS puso a disposición el modificador CS para el derrame de petróleo del Golfo en 2010; sin embargo, CMS recientemente reutilizó el modificador CS para propósitos del COVID-19. Ahora, para los servicios prestados el 18 de marzo de 2020, y hasta el final de la Emergencia de Salud Pública, los proveedores ambulatorios, los médicos y otros proveedores y suplidores que facturan a Medicare por los servicios de la Parte B bajo los sistemas de pago específicos descritos en el mensaje del 7 de abril, deben usar el modificador CS en las líneas de reclamación aplicables para identificar el servicio como sujeto a la exención de costos compartidos para los servicios relacionados con las pruebas COVID-19 y para obtener el 100% del monto aprobado por Medicare. Además, NO deben cobrar a los pacientes de Medicare ningún coaseguro y/o cantidades deducibles por esos servicios.

Reclamaciones del FFS de Medicare: 2% de ajuste de pago suspendido (Secuestro)

La sección 3709 de la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica de Coronavirus (CARES) suspende temporalmente el 2% de ajuste de pago actualmente aplicado a todas las reclamaciones de Tarifa por servicio de Medicare (FFS) debido al secuestro. La suspensión es vigente para reclamaciones con fechas de servicio del 1 de mayo al 31 de diciembre de 2020.

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.



MLN Connects – Edición Especial – miércoles, 15 de abril de 2020

COVID-19: Reprocesamiento de Reclamaciones Hospitalarias, Servicios de Diagnóstico Esenciales, Ventiladores No Invasivos

- [Hospitales del IPPS, LTCHs: Reprocesamiento de Reclamaciones para la Ley CARES](#)
- [La Administración Trump Anuncia Cobertura Expandida para Servicios de Diagnóstico Esenciales a Raíz de la Emergencia de Salud Pública COVID-19](#)
- [Eliminación de la Categoría de Productos de Ventilador No Invasivo del Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS](#)

Hospitales del IPPS, LTCHs: Reprocesamiento de Reclamaciones para la Ley CARES

CMS está implementando cambios para aumentar los pagos a los hospitales del Sistema de Pago Prospectivo de Paciente Interno (IPPS) y a los Hospitales de Cuidado Prolongado (LTCHs) según las Secciones 3710 y 3711 de la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica de Coronavirus (CARES). Cuando presente una reclamación por altas en o después del 27 de enero de 2020, o una reclamación de LTCH por admisiones en o después del 27 de enero de 2020, y nosotros la recibamos:

- 20 de abril de 2020, y antes, Medicare la volverá a procesar. Usted no tiene que tomar acción alguna.
- En o después del 21 de abril de 2020, Medicare la volverá a procesar según la Ley CARES.

Para más información, vea (en inglés) el [Artículo de MLN Matters de Edición Especial SE20015](#)

La Administración Trump Anuncia Cobertura Expandida para Servicios de Diagnóstico Esenciales a

MLN Connects® para el jueves, 16 de abril de 2020

[MLN Connects® para el 16 de abril de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- Reglamento Propuesto para el FY 2021 acerca de la Actualización a la Tasa de Pago de Hospicio
- Reglamento Propuesto para el FY 2021 acerca del Sistema de Pago Prospectivo de IPF
- Pago Propuesto y Cambios de Política de SNF para el FY 2021

Eventos

- Llamada de Proveedores de Medicare para Recopilación de Datos de Organizaciones de Ambulancia Terrestre — 7 de mayo

Artículos de MLN Matters®

- Actualización de abril de 2020 del Sistema de Pago Prospectivo para Hospital de Pacientes Ambulatorios (OPPS)
- Actualización Trimestral al Pricer de Centros Psiquiátricos para Pacientes Internos del Año Fiscal 2020

Raíz de la Emergencia de Salud Pública COVID-19

CMS, en conjunto con los Departamentos de Trabajo y Tesorería, emitieron una guía para garantizar que los estadounidenses con seguros de salud privados tengan cobertura por pruebas de diagnóstico de COVID-19 y algunos otros servicios relacionados, incluida la prueba de anticuerpos, sin costo alguno. Esto incluye visitas de atención urgente, visitas a la sala de emergencia, y visitas en persona o de telesalud al consultorio del médico que resultan en una orden o administración de una prueba COVID-19. Como parte del esfuerzo de disminuir la propagación del virus, esta guía es otra acción que la administración Trump está realizando para eliminar las barreras financieras para que los estadounidenses reciban las pruebas de COVID-19 y servicios de salud necesarios, así como promover el uso de pruebas de anticuerpos que pueden permitir que los trabajadores del cuidado de la salud y otros estadounidenses vuelvan a trabajar más rápidamente. (Enlaces en inglés)

- [Comunicado de prensa](#)
- [Guía](#)

Eliminación de la Categoría del Producto de Ventilador No Invasivo del Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS

CMS está eliminando la categoría del producto de ventilador no invasivo (NIV) de la Ronda 2021 del Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS debido a la pandemia del nuevo COVID-19, el ejercicio por parte del Presidente de la Ley de Producción de Defensa, la preocupación pública con respecto al acceso a los ventiladores y la categoría del producto de NIV que es nueva en el Programa de Licitación Competitiva DMEPOS. [Programa de Licitación Competitiva de DME](#) (en inglés).

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

- Actualización a la Categoría de Estado de Reclamación y a los Códigos de Estado de Reclamación — Revisado
- Actualización Trimestral para las Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico y Servicios de Laboratorio Sujetos a un Pago de Cargo Razonable — Revisado

Publicaciones

- Sistema de Pago Prospectivo de Centro de Rehabilitación para Pacientes Internos — Revisado
- Sobrepagos de Medicare — Revisado
- Servicios de Pruebas de Detección, Intervención Breve y Referido para Tratamiento (SBIRT) — Revisado

Multimedia

- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Fraude y Abuso de Medicare: Prevenga, Detecte y Reporte — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Validación de Datos de la Parte C y la Parte D de Medicare — Revisado

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects – Edición Especial – viernes, 17 de abril de 2020

COVID-19: Flexibilidades de RHC y FQHC, Pago Aumentado por Pruebas de Laboratorio, Exenciones Hospitalarias, Audio y Transcripción de Llamada

- [Flexibilidades a RHC y FQHC Durante la Emergencia de Salud Pública por COVID-19](#)
- [CMS Aumenta el Pago de Medicare por Pruebas de Laboratorio de Coronavirus de Alta Producción](#)
- [CMS Implementa Exenciones de la Ley CARES de Pago Hospitalario y de Centro de Rehabilitación de Pacientes Internos](#)
- [Llamada acerca de COVID-19: Grabación de Audio y Transcripción](#)

Flexibilidades a RHC y FQHC Durante la Emergencia de Salud Pública COVID-19

Para apoyar a las Clínicas de Salud Rural (RHCs), Centros de Salud Federalmente Cualificados (FQHCs) y a sus pacientes, el Congreso y CMS realizaron cambios a los requisitos y pagos durante la Emergencia de Salud Pública por COVID-19. Vea (en inglés) el [Artículo de Edición Especial de MLN Matters 20016](#) para conocer acerca de:

- Nuevo pago por servicios de telesalud, incluyendo cómo facturar a Medicare
- Expansión de servicios de comunicación virtual
- Revisión del requisito de escasez de agencias de salud en el hogar para los servicios de visita de enfermería
- Consentimiento para el manejo de la atención y los servicios de comunicación virtual
- Pagos acelerados/anticipados

CMS Aumenta el Pago de Medicare por Pruebas de Laboratorio de Coronavirus de Alta Producción

CMS anunció que Medicare casi duplicará el pago de ciertas pruebas de laboratorio que utilizan tecnologías de alto rendimiento para diagnosticar rápidamente un gran número de casos de COVID-19. Esta es otra acción que la administración Trump está tomando para expandir rápidamente las pruebas COVID-19. Junto con el anuncio del 30 de marzo de que Medicare pagará nuevas tarifas de recolección de muestras para la prueba COVID-19, las acciones de CMS ampliarán la capacidad de evaluar rápidamente a poblaciones más vulnerables, como pacientes de hogares de ancianos, y proporcionar resultados más rápido. Medicare pagará a los laboratorios por las pruebas a \$100 a partir del 14 de abril de 2020, mientras dure la emergencia nacional COVID-19.

[Comunicado de prensa](#) (en inglés)



CMS Implementa Exenciones de la Ley CARES de Pago Hospitalario y de Centro de Rehabilitación de Pacientes Internos

La ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica de Coronavirus (CARES) aumenta el pago del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Internos (IPPS) y la atención hospitalaria para pacientes internos en hospital de cuidados prolongados (LTCH) atribuible a COVID-19. CMS proporcionó orientación para hospitales del IPPS y LTCH acerca de cómo codificar reclamaciones para recibir el pago más alto.

La ley CARES también exime el requisito de que los pacientes con tarifa de servicio de la Parte A de Medicare tratados en centros de rehabilitación para pacientes internos reciban al menos 15 horas de terapia por semana. (Enlaces en inglés)

[Artículo de MLN Matters](#)

[Resumen de Exenciones de Declaración de Emergencia](#)

Llamada acerca de COVID-19: Grabación de Audio y Transcripción

Una [grabación de audio](#) y [transcripción](#) están disponibles (en inglés) para la llamada del Medicare Learning Network del [7 de abril](#) (en inglés) acerca de Actualizaciones del Nuevo Coronavirus 2019 (COVID-19). Aprenda acerca de las exenciones de CMS y la respuesta al COVID-19.

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de internet.

Determinaciones de Cobertura Local

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones de cobertura local (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en [nuestra página web](#) de educación a través de CMS Medicare Coverage Database.

Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A.

Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

Las fechas de vigencia están en cada LCD y están basadas en las fechas de servicio a menos que se diga otra cosa en la LCD. Se exige a los contratistas de Medicare dar aviso con 45 días de anticipación para las LCD; la fecha en que la LCD es puesta en el sitio web de educación es considerada como fecha de notificación.

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia de First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya a [nuestra página web](#) educacional, haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

Si usted no tiene acceso a internet, contacte el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

Medical Policy and Procedures
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en nuestra página web de [Búsqueda de LCDs](#), le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

El modificador GZ debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. Nota: Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.

El modificador GA debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y tienen un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.

Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado: **modificador GA o GZ**.

Revisión a LCDs/Artículos existentes

Pegfilgrastim – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A57725 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a las peticiones de cambio (CR) 11550, 11680, 11691, y 11694 (Actualizaciones Trimestrales de abril de 2020), las secciones “Códigos CPT®/HCPCS/Párrafo del Grupo 1/Códigos del Grupo 1:” del artículo de facturación y codificación para pegfilgrastim fueron revisados para eliminar el código C9399 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y añadir el código C9058 de HCPCS.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es

vigente para los servicios prestados en o después del 1 de abril de 2020.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Ecocardiografía transtorácica (TTE) – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A57182 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a un revisión del artículo de facturación y codificación para ecocardiografía transtorácica (TTE), el artículo de facturación y codificación fue revisado para añadir el código de diagnóstico Z01.810 de ICD-10-CM a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 1:”.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados en o después del 9

de abril de 2020.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Procedimientos de patología molecular – revisión al Artículo de Facturación y Codificación de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A57451 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a las peticiones de cambio (CR) 11550, 11680, 11681, y 11691 (Actualizaciones Trimestrales de abril de 2020), la sección “Códigos CPT®/HCPCS/Códigos del Grupo 1:” del artículo de facturación y codificación para procedimientos de patología molecular fue actualizada para revisar los descriptores para los códigos 0154U y 0155U de Current Procedural Terminology (CPT®).

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados en o después del 1

de abril de 2020.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Revisión al artículo de facturación y codificación A56484 de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A56484 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 11655 (Clasificación internacional de enfermedades, 10^{ma} revisión [ICD-10] y otras revisiones a determinaciones de cobertura nacional [NCDs]-actualización de julio de 2020), la sección “Códigos ICD-10 que apoyan la necesidad médica/Códigos del grupo 1:” del artículo de facturación y codificación para estudios de densidad mineral ósea se revisó para añadir el código de diagnóstico Z79.818 de ICD-10-CM para los códigos 77080, 77085, y 0508T del Current Procedural Terminology (CPT®).

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 24 de marzo de 2020**, por servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2020**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de



Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Pruebas de alergia – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A57531 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a las peticiones de cambio (CR) 11550, 11680, 11681, y 11691 (Actualizaciones Trimestrales de abril de 2020), las secciones “Códigos CPT®/HCPCS/Códigos del Grupo 1:” y “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Párrafo del Grupo 1:” del artículo de facturación y codificación para pruebas de alergia fueron actualizadas para añadir el código 0165U de Current Procedural Terminology (CPT®).

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es

vigente para los servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2020**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Manténgase informado: Suscríbese a eNews

Subscríbese a eNews de First Coast Service Options (First Coast) y esté entre los primeros en informarse acerca de las últimas noticias de Medicare y otras informaciones esenciales que no se pueden postergar.

LCDs/Artículos retirados

Manipulación bajo anestesia – LCD de la Parte A y la Parte B y artículo de facturación y codificación retirados

Artículo y LCD ID número: L33594/A57766 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la revisión de la determinación de cobertura local (LCD) y del artículo de facturación y codificación para manipulación bajo anestesia, se determinó que la LCD y el artículo de facturación y codificación ya no son requeridos y, por lo tanto, están siendo retirados.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD y del artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 3 de abril de 2020**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Múltiples LCDs de la Parte A y la Parte B y artículos de facturación y codificación están siendo retirados

Artículo y LCD ID números: L34006/A57777, L34017/A57470, L34025/A57542, L34031/A57197 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la revisión de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) y artículos de facturación y codificación, se determinó que ya no son requeridos y, por lo tanto, están siendo retirados.

- L34006/A57777 - Descompresión del Proceso Interespinal
- L34017/A57470 - Oftalmoscopia
- L34025/A57542 - Descompresión Quirúrgica para Polineuropatía Periférica
- L34031/A57197 - Calcio Total

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs y artículos de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 4 de abril de 2020**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Levantamiento uretral prostático (PUL) – LCD de la Parte A y la Parte B y artículo de facturación y codificación retirados

Artículo y LCD ID número: L36775/A57801 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la revisión de la determinación de cobertura local (LCD) y del artículo de facturación y codificación para levantamiento uretral prostático (PUL), se determinó que ya no son requeridos y, por lo tanto, están siendo retirados.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD y del artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 3 de abril de 2020**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Sistema de pago prospectivo

Activación de modificaciones de validación sistemática para proveedores del OPPS con múltiples ubicaciones de servicio

Número de *MLN Matters*®: SE19007 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo es para los proveedores del sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios que tienen múltiples ubicaciones de servicio presentando reclamaciones a contratistas administrativos de Medicare (MACs) de A/B. Este artículo fue revisado el 24 de marzo de 2020 para anunciar un retraso hasta nuevo aviso de las modificaciones de validación sistemáticas para proveedores de OPPS con múltiples ubicaciones de servicio.

Resumen

Cada vez más, los hospitales operan un departamento fuera del campus, ambulatorio, basado en el proveedor de un hospital. En algunos casos, estas ubicaciones adicionales están en una localidad de pago diferente al proveedor principal. Para que el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) y los pagos del OPPS sean precisos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid utilizan la dirección del centro de servicio del departamento fuera del campus, ambulatorio, basado en el proveedor de un centro hospitalario para determinar la localidad en estos casos.

Además, de acuerdo con la Sección 1833(t)(21) de la Ley de Seguro Social (la Ley), según fue añadido por la Sección 603 de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2015 (Pub. L. 114-74), los servicios no exceptuados prestados en un departamento fuera del campus, ambulatorio, basado en el proveedor de un hospital fueron requeridos de ser identificados ya que la tasa de pago para artículos y servicios no exceptuados facturados en una reclamación institucional deben ser pagados de acuerdo al MPFS y no a las tasas del OPPS.

Este artículo comunica la activación de modificaciones de validación sistemática para aplicar los requisitos en el manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare, Capítulo 1, Sección 170, el cual describe las bases de pago para reclamaciones institucionales.

¿Cómo puede prepararse usted?

- Verifique las direcciones de las prácticas en Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS)
 - Si alguna ubicación no está en PECOS, presente el formulario de inscripción CMS-855A para añadir ubicaciones
- Asegúrese que las reclamaciones sean presentadas



con ubicación de práctica según listada en el Acceso al Sistema Remoto (DDE)/PECOS (ej., Calle vs. C/, Apartamento vs. Apt., etc.)

- Incluya caracteres especiales si están listados en la dirección (por ej., ! &, (), +, *, ;, : etc.)

Implementación completa de las modificaciones

- Las reclamaciones serán devueltas al proveedor (RTP) con códigos de denegación:
 - 34977: La dirección de la reclamación del centro de servicio no concuerda con la dirección en archivo de la práctica del proveedor
 - 34978: La línea de reclamación del proveedor fuera del campus que contenga un código del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) debe tener un PN o PO
- Dirección correcta del centro de servicio para reclamación presentada en pantalla DDE MAP 171F
- Presente nuevo formulario 855A para añadir una nueva dirección o corregir la de una ubicación de práctica existente.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE19007.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE19007

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Direcciones postales

First Coast Service Options

(Nota: La información de contacto geográfica específica es provista cuando los números de teléfono y las direcciones son diferentes para los proveedores en Florida, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Puerto Rico.)

Servicio al cliente

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

877-660-1759 (TTY-FL/USVI)

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

855-416-4199

Páginas web:

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

[Formulario en línea \(haga clic aquí\)](#)

Correo electrónico:

AskFloridaA@fcso.com

AskPuertoRicoA@fcso.com

AskPuertoRicoB@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical Policy and Procedures

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

MSPRC DPP recobro de deuda, accidentes de automóvil, acuerdos/ demandas, responsabilidades

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos para proveedores, reportes de reembolso dor, acuerdos de reportes de costo, tasa de determinaciones provisionales, TEFRA límite objetivo y excepciones al costo límite rutinario SNF

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo

médico duradero (DMERC) DME,

dispositivos ortóticos y próstéticos,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (www.cms.gov)

Centros de Servicios de Medicare y

Medicaid, división de administración

financiera y operaciones de tarifa fija

ROATLFM@CMS.HHS.GOV

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

800-HHS-TIPS (800-447-8477)

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

Determinaciones de Cobertura Local

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones de cobertura local (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en [nuestra página web](#) de educación a través de CMS Medicare Coverage Database.

Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A.

Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

Las fechas de vigencia están en cada LCD y están basadas en las fechas de servicio a menos que se diga otra cosa en la LCD. Se exige a los contratistas de Medicare dar aviso con 45 días de anticipación para las LCD; la fecha en que la LCD es puesta en el sitio web de educación es considerada como fecha de notificación.

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia de First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya a [nuestra página web](#), haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

Si usted no tiene acceso a internet, contacte el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

Medical Policy and Procedures
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en nuestra página web de [Búsqueda de LCDs](#), le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

El modificador GZ debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. Nota: Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.

El modificador GA debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y tienen un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.

Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado con el **modificador GA** o **GZ**.

LCD/Artículo retirado

Múltiples LCDs de la Parte B y artículos de facturación y codificación están siendo retirados

Números de ID de LCDs y de Artículos: L33957/A57539, L33968/A56815 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) y artículos de facturación y codificación, se determinó que ya no son necesarios y por lo tanto, están siendo retirados.

- L33957/A57539 - Inyección de Articulación Sacroilíaca
- L33968/A56815 - Capsulotomía Láser YAG

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs y artículos de facturación y codificación es vigente para servicios prestados **en o**

después del 27 de marzo de 2020.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

LCD revisada

Bloques de articulación de la faceta paravertebral – revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33930 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para bloques de articulación de la faceta paravertebral fue revisada para eliminar los códigos del Current Procedural Terminology (CPT®): 64490, 64491, 64492, 64493, 64494 y 64495 de la sección “Indicaciones de Cobertura”.

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es vigente para las reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, para los

servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018.**

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Encuentre rápido sus favoritos  utilice Enlaces Populares

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con un solo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita – utilice Enlaces Populares.

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

1-888-216-8261 (Impedimento auditivo y del habla)

Línea de registro para eventos educativos:

<mailto:eleraning@fcso.com>

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

Créditos para eventos educativos elegibles

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

askFloridaB@fcso.com

Formulario

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare

Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

First Coast University

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

877-660-1759 (Impedimento auditivo y del habla)

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

FloridaB@fcso.com

[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

[First Coast Service Options Inc.](#) (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare

Encuentre sus [otros contratistas](#) (es decir; DME, HHA, etc)

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

877-660-1759 (Impedimento auditivo y del habla)

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

Transferencia electrónica de fondos (EFT) (CMS-588)

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

askFloridaB@fcso.com

[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

[First Coast Service Options Inc.](#) (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare

Encuentre sus [otros contratistas](#) (es decir; DME, HHA, etc)

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)



Medicare A y B Al Día

**First Coast Service Options, Inc
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048**

Attention Billing Manager